



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA
MAGÍSTER EN SOCIOLOGÍA

ELEMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES EN TORNO A LA
ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL DE LAS CORPORALIDADES
GORDAS. UN ANÁLISIS DESDE LAS DIMENSIONES
DE LA SALUD Y LA APARIENCIA.

BASTIÁN OLEA HERRERA

Tesis presentada al Instituto de Sociología de la
Pontificia Universidad Católica de Chile
para optar al grado académico de
Magíster en Sociología

Profesora guía: Claudia Giacoman Hernández

Enero, 2019
Santiago, Chile

© 2019, Bastián Olea Herrera

Resumen

La presente investigación se propone comprender teóricamente los procesos que producen al fenómeno de la estigmatización social de las corporalidades gordas, a través de un análisis de literatura focalizado en dos dimensiones que atraviesan esta problemática: la salud y la apariencia. La dimensión de la apariencia dice relación con las evaluaciones y juicios efectuados sobre las cualidades físicas de los cuerpos, basados en la existencia de ideales socioculturales acerca de lo que constituye lo bello y lo socialmente valorado. Se detallan los procesos en que los sujetos internalizan patrones de administración y evaluación del cuerpo, basados en normas y prescripciones de apariencia, lo cual compele a los individuos a interpretar, controlar, y disciplinar sus corporalidades y las de los demás a partir de creencias sobre cómo se logran y qué significan las apariencias corporales. La dimensión de la salud se relaciona directamente con la institución de la medicina moderna, mediante la cual las desviaciones bio-psicosociales propias de la diversidad humana resultan patologizadas, prescribiendo no sólo las prácticas necesarias de ejercer sobre los cuerpos en pos de su normalización y optimización, sino también desplegando preocupaciones acerca de las prácticas y apariencias corporales apropiadas. Ellas derivan en imperativos sociales de deseo y comportamiento que son reproducidos disciplinarmente y que coinciden con el discurso neoliberal, a partir de los cuales interpretamos a los demás bajo criterios de normalidad y anormalidad científicamente autorizados. Desde estas dos dimensiones, la gordura de los cuerpos es construida discursivamente como un estigma que marca en los sujetos la expresión de falencias morales e incapacidades individuales que se oponen a las normas de comportamiento y deseabilidad social modernas. Ello legitima formas de discriminación, prejuicio y opresión contra las personas gordas, que se configuran como actos de exclusión que estructuran una matriz de privilegios basados en la abyección de lo gordo.

Índice

Introducción	1
Estigma	3
Pregunta y objetivos de la investigación	5
Metodología	6
Marco conceptual	8
Gordura, sobrepeso y obesidad	8
Cuerpos y corporalidades	12
Construcción social del cuerpo	13
Inscripción corporal	15
Saber y poder	17
Discursos	18
Estigmatización de la gordura desde la dimensión de la apariencia	21
Percepción de los cuerpos	21
La apariencia y su lectura	24
El concepto de belleza	26
Ideales de belleza	31
Género y gordura	33
Normas corporales	36
Maleabilidad	39
Estigmatización de la gordura desde la dimensión de la salud	43
El cuerpo desde la biomedicina	43
Medicalización de los cuerpos	45
Construcción social de la enfermedad	51
Salud y control social	57
Disciplina	59
Vigilancia	61
Biopoder y ciudadanía	62
Gubernamentalidad	65
Moralización de la salud	68
Conclusiones	71
Interpretación de los cuerpos estigmatizados	71
Procesos de producción del estigma	72
Estigma desde la dimensión de la apariencia	72
Estigma desde la dimensión de la salud	73
Abyección de la gordura	75
Palabras finales	77
Referencias	80

Somos las hipervisibles invisibles,
la doble moral y tu hipocresía,
la crítica moral y estética disfrazada de
salud,
la incomodidad en tus ojos, en tu espacio,
en tu uniformidad.

Somos la ruptura de tu norma,
desobediencia y pecado,
disidencia.

Somos las que no quieres que existan.

Pero existimos

Y no vamos a pedir perdón ni permiso.

Magdalena Piñeyro

Introducción

En la actualidad, la gordura es eminentemente percibida como algo negativo. Contra este tipo de cuerpo se han reunido múltiples instituciones, organizaciones y agentes sociales, con la intención de denunciar la grasa corporal como una problemática en distintos aspectos y niveles. Existe un amplio consenso social en torno al rechazo de la gordura, al que adscriben profesionales médicos, expertas y expertos de la belleza, atletas y deportistas, personalidades del espectáculo, y por consiguiente, parte importante de la población, quienes reconocen a esta corporalidad como un factor de riesgo de salud, como una enfermedad, como un elemento anti-estético, como cuerpos indeseables, como la expresión de problemas psicológicos, como una epidemia, y un largo etcétera.

La negatividad —en el sentido filosófico del término— que rodea a estas corporalidades se da por sentada, y su rechazo parece ser la postura estándar, sustentada por intensos debates médicos, y décadas de reproducción simbólico-cultural liderada por los medios masivos de comunicación, la publicidad, y la industria de la belleza. Como resultado, la gordura ha sido construida socialmente como un estigma corporal, a partir del cual se organizan juicios sociales, críticas morales, pánicos sociales, esfuerzos de transformación corporal, desórdenes

alimenticios, y millonarios mercados contruidos sobre la inseguridad respecto al peso y tamaño corporal.

El fenómeno de la estigmatización social de los cuerpos gordos ha recibido abundante atención desde las ciencias sociales, y su existencia ha sido ampliamente demostrada (Allon, 1982; Carr y Friedman, 2005; DeJong, 1980; Garner et. al, 1980; Puhl y Heuer, 2009; Rodin et. al, 1984; Rothblum, 1992; Sobal y Stunkard, 1989). El rechazo contra la gordura, también llamado “gordofobia”, se compone de una preferencia personal o cultural por la delgadez, la creencia en la posibilidad de controlar el propio peso, la culpabilización de las personas gordas por su cuerpo, y la creencia en la indeseabilidad de la gordura (Crandall, 1994, p. 892). El rechazo a la gordura suele ser expresado con total impunidad (Goode y Preissler, 1983, p. 199) y de forma explícita (Crandall, 1994, p. 890), incluso en medios masivos de comunicación (Puhl y Heuer, 2009, p. 951; Reyes, 2018). Los sujetos aceptan inconscientemente la estigmatización de otros en función de su talla y forma del cuerpo (Ritenbaugh, 1991), lo cual constituye a las personas gordas como uno de las pocos grupos sociales que son víctima de una discriminación socialmente aceptada en la actualidad (Brown, 1985; Eller, 2014; Falkner et al., 1999; Kilbourne, 1994; Kwan y Fackler, 2008; Puhl y Brownell, 2001, 2003; Weinstein, 2017).

Como característica física, la gordura puede ser conceptualizada como una marca corporal que produce una percepción social negativa (Puhl y Brownell, 2003, p. 215). Esta marca corporal es interpretada socioculturalmente como una diferencia indeseable (Goffman, 1990, p. 14), o bien, como una desviación respecto de ciertas expectativas sociales (Cahnman, 1968, p. 293; Rothblum, 1992), como las normas de apariencia corporal (Hahn, 1988, p. 41), o los criterios de normalidad que definen la condición de salud (Conrad y Schneider, 1992a; Ratner, 2017, p. 74). La marca de la gordura, en tanto sitio del estigma, inscribe un cuerpo simbólico en los sujetos, interpretado socialmente en virtud de los significados que circulan en los discursos dominantes, investidos del poder de determinar la evaluación de las corporalidades gordas. Estos significados son transferidos a la subjetividad de las personas gordas bajo la operación del estigma, dando lugar a su rechazo y discriminación a partir del reconocimiento de su marca corporal estigmatizada. Lo gordo, entonces, resulta determinado por significados discursivos que dan lugar a dinámicas sociales de categorización, opresión y disciplinamiento.

Estigma

Por estigma nos referimos a la posesión de un determinado atributo considerado social y culturalmente como desacreditante (Goffman, 1990, p. 12; Kurzban y Leary, 2001, p. 187; Sobal, 2004, p. 260). Éste opera como una marca corporal, la cual es interpretada como la desviación de una norma social que relaciona a los sujetos estigmatizados con posiciones sociales desacreditantes (Jones et al., 1984, citado en Kurzban y Leary, 2001, p. 187). Este atributo suele ser una característica física o de pertenencia grupal (Sobal, 2004, p. 260), que da lugar a la percepción social negativa de los sujetos marcados (Puhl y Brownell, 2003, p. 215). El carácter desacreditante del atributo estigmatizado radica en que su existencia es percibida como evidencia de alguna desviación negativa respecto de las expectativas sociales normales (Cahnman, 1968, p. 293; Rothblum, 1992); es decir, refiere a una diferencia no anticipada que a su vez resulta indeseable (Goffman, 1990, p. 14). En este sentido, el estigma estaría íntimamente relacionado a la inadecuación respecto de los estándares prescritos de apariencia física (Hahn, 1988, p. 41).

Tal y como lo concibió Goffman (1990a), el estigma es un fenómeno socialmente construido, en tanto los atributos estigmatizados sólo devienen como tales al enmarcarse en un contexto social donde dicha marca adquiere una significación negativa (Goffman, 1990, p. 12). Por lo tanto, la negativización de la gordura, en tanto marca corporal, refiere a un fenómeno contextual e históricamente situado. El rechazo a la gordura no es un fenómeno universal, ni una disposición natural en los seres humanos (Douglas y Shepard, 1998). El rechazo social de esos cuerpos refiere a procesos simbólicos y culturales, en los que devienen negativizados en distintas intensidades y bajo diferentes lógicas en cada contexto social, geográfico, e histórico.

Si entendemos la estigmatización como el proceso social mediante el cual los contenidos simbólicos de un atributo físico son atribuidos al sujeto que lo encarna (Kurzban y Leary, 2001, p. 187), entonces la estigmatización de la gordura puede ser entendida como la inscripción de significados negativos sociohistóricamente contextualizados sobre esta marca corporal, volviéndola en un estigma en función de la transferencia simbólico-cultural de significados negativos al sujeto que encarna esta corporalidad.

La estigmatización de las corporalidades gordas produce graves consecuencias simbólicas, sociales, y psicológicas para las personas marcadas por este estigma, al volverlas víctimas de actitudes, creencias y estereotipos negativos, que a su vez producen discriminación y desigualdades interpersonales y económicas entre sus miembros (Crocker et al., 1989, p. 609). Las corporalidades gordas son percibidas e interpretadas por la sociedad de manera eminentemente negativa, como lo demuestran diversas reseñas de estudios empíricos (ver Puhl y Brownell, 2001, 2003; Puhl y Heuer, 2009; Rothblum, 1992). Ello deriva en la atribución de significados negativos a los sujetos gordos en función de sus cuerpos, mediante la asociación simbólica entre la gordura y las características imputadas. A partir de estas atribuciones, se forman prejuicios que devienen en formas de discriminación laboral, de ingresos, educacional, y en los servicios de salud (Carr y Friedman, 2005; Maranto y Steinoien, 2000; Paul y Townsend, 1995; Puhl y Brownell, 2001; Roehling et. al, 2007; Rothblum et. al, 1990; Solovay, 2000). Esta discriminación adquiere características similares a las del clasismo (Energici et al., 2017). La estigmatización da lugar a la experiencia de desacreditación, atribuciones negativas, percepción de ilegitimidad, y devaluación de su identidad social (Kurzban y Leary, 2001, p. 188). El estigma de la gordura y sus múltiples efectos degrada la calidad de vida de los individuos tanto física como psicológicamente (Kushner y Foster, 2000). La exposición frecuente a la estigmatización de la gordura se asocia a una imagen corporal pobre, baja autoestima, y otras aflicciones psicológicas (Annis, Cash, y Hrabosky, 2004; Friedman et. al, 2002).

En consecuencia, las personas obesas son más propensas al aislamiento social (Cahnman, 1968, p. 295; Haines et. al, 2008; Halpern et. al, 1999), y tienen mayores probabilidades de sufrir depresión, experimentar ideas suicidas y llevar a cabo intentos de suicidio (Carpenter et. al, 2000; Sjöberg, Nilsson, y Leppert, 2005), particularmente cuando son víctimas de burlas basadas en su peso (Eisenberg et. al, 2003).

Todas estas consecuencias de la construcción social negativa de las corporalidades gordas, condensadas en el estigma que las gatilla, generan la necesidad de una investigación que pretenda comprender los procesos subyacentes a la existencia de la estigmatización social de las corporalidades gordas.

Pregunta y objetivos de la investigación

El desarrollo de una investigación teórica procede subdividiendo analíticamente al fenómeno en cuestión para comprender al todo mediante el examen de sus elementos e interacciones (Shalley, 2012). Por lo tanto, para comprender el fenómeno bosquejado en los párrafos anteriores, esta investigación desagregará el estudio de la estigmatización social de las corporalidades gordas en dos dimensiones principales, que resultan transversales a las maneras en que tanto individuos como sociedad experimentamos, interpretamos, e interactuamos con los cuerpos gordos. Estas dimensiones corresponden a la apariencia y la salud.

Comprender sociológicamente la existencia de este fenómeno implica aproximarse al objeto de investigación de manera crítica; es decir, evitar meramente describir o dar por sentado al fenómeno, indagando profundamente en el reconocimiento de sus orígenes ideológicos. Sin embargo, esta investigación no se dedica al cuestionamiento de la validez de los criterios biomédicos que patologizan a la gordura, ni en la refutación de los efectos de salud que se le atribuyen¹. Tampoco se trata de una oposición a los juicios estéticos que suelen efectuarse contra las corporalidades gordas en comparación a las delgadas². A través del estudio teórico del fenómeno de la estigmatización social de las corporalidades gordas, esta investigación procederá mediante la desnaturalización de las interpretaciones hegemónicas de estos cuerpos, reconociendo que las normas e ideales corporales correspondientes a los discursos médico y de belleza responden a procesos sociales, ideológicos y discursivos, que configuran a la gordura como un estigma desde estas dos dimensiones. Ambas, apariencia y salud, se caracterizan por un marco institucional y conceptual distintos, así como por la operación de sus propios procesos sociales, por lo que serán tratadas de forma individual a la luz de la literatura analizada.

En vista de lo anterior, esta investigación se guía por la siguiente pregunta:

¿Cómo es que se produce la estigmatización social de las corporalidades gordas en las dimensiones de la apariencia y la salud, de acuerdo a la literatura existente?

¹ Tales debates pueden encontrarse en otras publicaciones, como Campos et. al, 2006; Campos, 2006; Gard y Wright, 2005b; Oliver, 2005; Ernsberger, 2009; Gaesser, 1999.

² Ver Wolf, 2009; LeBesco, 2004; Jeffreys, 2014; Chernin, 1993; Bartky, 1988.

El objetivo general de la presente investigación es comprender los procesos que producen el fenómeno de la estigmatización de las corporalidades gordas, a través de un análisis teórico focalizado en las dimensiones de la apariencia y la salud.

Este objetivo general se desagrega en los siguientes objetivos específicos:

1. Elaborar un modelo teórico sobre la percepción y construcción sociodiscursiva de los cuerpos que permita comprender la estigmatización de las corporalidades gordas.
2. Describir los procesos sociales relacionados a las nociones de apariencia y belleza corporal que producen la estigmatización social de las corporalidades gordas.
3. Describir los procesos sociales relacionados a la concepción biomédica de los cuerpos que producen la estigmatización social de las corporalidades gordas.

Metodología

En términos generales, una investigación teórica contribuye al conocimiento a través del estudio de los orígenes de los conceptos y el análisis de las relaciones existentes entre ellos (Whetten, 1989), así como la proposición de nuevas relaciones entre constructos existentes (Shalley, 2012). Bajo estos lineamientos, esta investigación se fundamenta en un análisis teórico de literatura, basado en la recuperación de herramientas teóricas que permitieran efectuar relaciones teórico-conceptuales que posibiliten la comprensión del fenómeno de la estigmatización de las corporalidades gordas.

El análisis del corpus teórico se basó en la aplicación de teoría fundamentada (Charmaz, 2006; Charmaz y Belgrave, 2012; Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 1994). Dado que ésta herramienta metodológica fue concebida para analizar corpus cualitativos, nos basamos en las indicaciones de Wolfswinkel, Furtmueller y Wilderom (2013) para la aplicación de teoría fundamentada a la revisión de literatura. Este procedimiento se describe a continuación, mediante 4 pasos: (1) definición, (2) búsqueda, (2) selección, y (4) análisis.

1. El corpus de literatura fue construido bajo dos criterios de inclusión de textos: (a) papers o publicaciones académicas bajo revisión de pares y disponibles en revistas indexadas, y

(b) capítulos de libros de índole académica o directamente relacionados al tema de investigación.

2. El proceso de búsqueda de publicaciones indexadas se realizó en base a términos relacionados a la pregunta de investigación, así como de autores, textos clave, y otros términos que emergieron desde la revisión bibliográfica, siguiendo el criterio de sensibilidad teórica (Charmaz, 2006, p. 103; Charmaz y Belgrave, 2012, p. 355).
3. La selección se basó progresivamente en la pertinencia de cada texto según sus títulos, resúmenes, número de citas, y su referencia en la literatura revisada, hasta lograr la saturación las categorías emergentes bajo el criterio de muestreo teórico (Charmaz, 2006, p. 96). El corpus fue construido de manera simultánea a la emergencia de teoría (Charmaz y Belgrave, 2012, p. 358), dando lugar a una preselección de aproximadamente 640 textos, de los cuales fueron seleccionados y codificados un total de 370.
4. Finalmente, la etapa de análisis implicó la aplicación de las técnicas de codificación propias de la teoría fundamentada: codificación abierta, codificación selectiva, análisis comparativo, y producción de categorías. La escritura de memos, que corresponde al proceso reflexivo de escritura y re-escritura en torno a la codificación de los datos, categorías, y relaciones emergentes (Mills, Bonner, y Francis, 2006, p. 12), dio lugar a la producción de la teoría presentada en esta tesis.

Marco conceptual

Esta sección desarrolla preliminarmente un marco conceptual que inicia con una breve problematización y definición del concepto de gordura utilizado a través de la investigación, para luego desarrollar conceptualmente la temática de la percepción y construcción socio-discursiva de los cuerpos, que subyace al fenómeno de la estigmatización social de los cuerpos. De este modo, plantearemos una conceptualización común a las dos dimensiones de análisis mediante las cuales estudiaremos la estigmatización social de las corporalidades gordas.

Gordura, sobrepeso y obesidad

La gordura es una corporalidad que se distribuye de acuerdo a factores sociodemográficos, tales como el género, la edad, el nivel educacional, y el estado civil (Giacoman, 2010). En general, la obesidad predomina en los grupos de nivel socioeconómico bajo (Drewnowski, 2009; Sobal y Stunkard, 1989), donde los individuos de menor nivel de ingresos, educación, riqueza y estatus resultan más propensos (Ernsberger, 2009, p. 32), además de los sujetos de color y de edad (Rothblum, 1992, p. 68); es decir, grupos sociales que ya experimentan otras formas de opresión (Ídem). Se trata de un fenómeno complejo y multidimensional, que involucra factores psicológicos, sociales, culturales, y biológicos (Giacoman, 2010, p. 2).

Cada cultura, institución, e individuo define la línea que separa a lo gordo de lo delgado de forma diferente (Wann, 2009, p. xiv). En la biomedicina moderna, esta línea es demarcada principalmente a través del índice de masa corporal (IMC), que ubica al peso corporal en una escala de categorías médicas —sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida—, donde toda medición sobre los estándares normativos es categorizada como desviación o enfermedad (Jutel, 2005, p. 120). De este modo, la gordura puede ser interpretada como el polo negativo de los binarios salud/enfermedad y normalidad/anormalidad (Ettorre, 1998, p. 549). La consecuencia más inmediata de esto es la profundización del estigma de la gordura, al configurarse como una amenaza a la salud del individuo, y como una desviación social bajo necesidad de regulación externa (Turner, 1989, p. 271).

Al conceptualizar el cuerpo gordo, nos enfrentamos a la dificultad de definir un cuerpo que no es medible cuantitativamente, pues “gordura” es una categoría cualitativa y de origen social; es decir, un término que describe la percepción de abundancia, voluptuosidad, tamaño, o las llamadas “tallas grandes”, pero que no se condice con una medición de peso o tamaño corporal exacta. Sin embargo, el significado atribuido al término ha sido colonizado por el discurso médico, volviéndolo casi sinónimo de conceptos como sobrepeso y obesidad, de definiciones más estrictas. Debido a lo anterior, resulta prioritario problematizar la conceptualización médica —y medicalizante— que actualmente domina la percepción social de la gordura.

“Sobrepeso” es un término médico de connotación negativa (Fikkan y Rothblum, 2012), que describe a los cuerpos que han transgredido un límite culturalmente determinado de peso (Jutel, 2005, p. 121; Wann, 2009), y que por ende, implica una condición de fracaso respecto a los cuerpos que se mantienen dentro de la norma (Brown, 1989). El prefijo “sobre” sugiere que la norma de peso es lineal y unidimensional, dando lugar a una distinción moral del peso, donde el polo negativo es la gordura y el positivo es la delgadez (Energici et. al, 2016, p. 8). Sin embargo, el sobrepeso no es considerado una mera observación estadística, sino una entidad de enfermedad (Jutel, 2001). En consecuencia, el término sobrepeso carga una retórica moralista que ubica a los cuerpos en un trayecto lineal entre la normalidad y la desviación, polos discursivamente formulados como las oposiciones belleza/fealdad y salud/enfermedad, como veremos más adelante.

“Obesidad” es un término definido coloquialmente como un peso considerado “excesivo” (Puhl y Brownell, 2003, p. 214), o la condición de poseer niveles relativamente altos de grasa corporal (Sobal y Devine, 1997). Médicamente, la obesidad es considerada una enfermedad crónica, caracterizada por el “aumento anormal de la grasa corporal”, cuya etiología precisa es desconocida, combinando factores genéticos y ambientales que “conducen a un aumento de la energía absorbida con respecto a la gastada y a un mayor riesgo de morbimortalidad” (Valenzuela, 2002, p. 35). En el uso popular del concepto médico de “obesidad” se suelen agrupar a todos los cuerpos que superan el nivel de peso normativo, agrupando tanto cuerpos de tamaño extremo como cuerpos ligeramente sobre lo indicado. El cambio conceptual desde gordura a obesidad implica la infiltración de las corporalidades gordas por discursos médicos sobre normalidad y salud (Aphramor, 2010; Burgard, 2009;

Campos, 2011, citadas/os en Land, 2018, p. 78), añadiendo una cierta urgencia que remarca los peligros asociados al peso corporal. Es por esto que el uso del término obesidad suele ser considerado patologizante (Brown, 1989; Piñeyro, 2016, p. 52). Institucionalmente, el límite del “exceso” de peso que define a la obesidad es determinado por la Organización Mundial de la Salud como un IMC superior a 30. Esta institución considera también a la obesidad como una “epidemia global”, cargando retóricamente al concepto (Guthman y DuPuis, 2006; Hopkins, 2012).

La diferencia lingüística entre ambos términos es que obesidad coloquialmente sugiere mediciones cualitativas de tamaño, adiposidad, y peso, mientras que sobrepeso implica un exceso medible y una desviación estadística concreta (Jutel, 2001, p. 285, 2005, p. 122). Pero, en términos prácticos, la diferencia entre ambos no resulta significativa en las interacciones sociales (Cahnman, 1968, p. 283; Gard y Wright, 2005a, p. 174). Dado que la gente de todo tipo de peso experimenta distintas formas de opresión por este criterio (Wann, 2009, p. xv), y que las diferencias de IMC no resultan condicionantes del sufrimiento de estigma y discriminación basada en el peso corporal (Puhl y Brownell, 2003, p. 214), una definición concreta de los límites que constituyen las categorías de obesidad y sobrepeso no es necesaria para el estudio sociológico de los procesos sociales asociados (Sobal, 2004, p. 260).

Susie Orbach plantea que la autodenominación “gorda” compromete un entramado de significados sociales e individuales en relación a la experiencia personal sobre el propio cuerpo, que a su vez involucra fantasías, proyecciones, deseos, e inseguridades, abriendo el concepto gordura a múltiples significados de acuerdo a la relación que tenga el sujeto hacia su cuerpo (Orbach, 1988, pp. 2–3, citada en Blood, 2005, p. 45). Por consiguiente, no resulta pertinente reducir la gordura a un fenómeno biológico. Entendemos la gordura como un significante flotante que se asocia a los sujetos en base a relaciones de poder, y no solamente a mediciones físicas (Wann, 2009, p. xv), volviéndola “una ficción política, puro lenguaje, y no un mero y puro estado corporal” (Piñeyro, 2016, p. 81). La gordura, cuando se atribuye a un otro, responde a un juicio construido socialmente (Beattie, 2014), cuyo contenido se define de acuerdo a las instituciones, culturas, sujetos, y relaciones de poder involucradas en un proceso de diferenciación y oposición entre lo gordo y lo delgado (Wann, 2009, pp. xiv–xv). En este sentido, la gordura se define negativamente como la antítesis de la del-

gidez mediante la oposición del cuerpo actual e “imperfecto” contra un cuerpo ideal, o bien, respecto de la idea de un deber ser acerca del cuerpo (Moreno, 2015).

La gordura es una característica física que puede ser considerada más visible que la clase social y la nacionalidad, asemejándose en su visibilidad al género y la raza. Sin embargo, los discursos que denuncian el rechazo social de la gordura y sus consecuencias no están al mismo nivel que los discursos contra la desigualdad racial y de género: el discurso contemporáneo en contra de la gordura es hegemónico, aceptado como verdad, y prácticamente libre de oposición. Algunas organizaciones que desafían esta construcción social negativa plantean que el prejuicio basado en el peso no es diferente al prejuicio por color de piel, credo, u orientación sexual (Kwan y Fackler, 2008, p. 3). Otros autores han sostenido que la gordura es la característica física más estigmatizada después del color de piel (Wooley y Wooley, 1979), dado que los sujetos gordos son percibidos más negativamente que minorías étnicas, personas discapacitadas, personas con deformidad facial, y víctimas de amputaciones (Sigelman, 1991, citado en Klaczynski et al., 2008, p. 537). Como criterio de categorización social, el peso corporal se intersecta con conflictos de clase, raza y género, volviéndose un medio de marginación y control contra determinados grupos sociales (Guthman y DuPuis, 2006, p. 429). En este sentido, el rechazo a la gordura se ha vuelto una herramienta de opresión, racialización e invisibilización social (Land, 2018, p. 78).

La gordura suele ser reconocida como una identidad dominante, en tanto sobredetermina otros rasgos identitarios en las personas, logrando que las características y atributos negativos sean reunidos en —y explicados por— la gordura (Rice, 2007, p. 167). Esto implica que, al tratarse de un rasgo abiertamente discriminable, la gordura contiene dentro de sí al resto de las marcas de identidad visibles de los sujetos. De este modo, esta corporalidad reúne una intersección de sistemas convergentes que estructuran las experiencias de los individuos (Crenshaw, 1991), implicando que su significado social se construye a partir de una multiplicidad de discursos que confluyen en su estigmatización.

Estos discursos, entre los que destacan el género, la salud y la belleza, constituyen cánones en los que la gordura adquiere una posición negativa y en abierta contraposición con las corporalidades —delgadas— que cada canon idealiza. Así, la gordura resulta estigmatizada a través de múltiples lógicas oposicionales (Olea, 2017), las cuales determinan a las corpo-

ralidades gordas como identidades que son rechazadas, excluidas y vueltas abyectas como condición de posibilidad para el establecimiento de identidades positivas que adquieren sentido al oponerse a la negatividad simbolizada en la gordura como “otro”.

Por consiguiente, nos encontramos ante un fenómeno donde los cuerpos no sólo adquieren significados particulares, sino que son construidos sociodiscursivamente como piezas fundamentales en determinados modos de estructurar la realidad social. En este sentido, resulta necesario comprender cómo es que los cuerpos pueden llegar ser socialmente determinados en su significado, posición, e incluso existencia, como paso previo a la investigación de los procesos que producen la estigmatización social de los cuerpos gordos.

Cuerpos y corporalidades

Los seres humanos somos entidades corporeizadas (Turner, 1989, p. 273). La corporeización (del inglés *embodiment*, también traducido como encarnación) comprende la experiencia física y mental de la existencia, considerada como la condición de posibilidad para la relación de los sujetos con los otros y con el mundo; es decir, condición de posibilidad para la existencia social (Cregan, 2006, pp. 2–3). Corporeización refiere también al proceso en que la subjetividad se enlaza al entorno social (Shilling, 2001, pp. 332, 339). Por ende, hablar de “cuerpo” para describir más allá de la naturaleza encarnada del ser humano resulta incorrecto. Siguiendo a Zandra Pedraza (2004), es posible distinguir entre los conceptos de cuerpo y corporalidad. Por cuerpo entendemos la dimensión física, material y somática del cuerpo, cuyas reglas y funcionamientos son descritos por los conocimientos expertos de las ciencias duras. La corporalidad, por otro lado, remite a la “condición corpórea de la vida”: la experiencia social corporeizada, que involucra las esferas emocionales, psíquicas, sociales y simbólicas del “cuerpo vivo y vivido”. El concepto de corporalidad, entonces, va más allá de las cualidades meramente orgánicas del cuerpo (Pedraza, 2004, p. 66).

La modernidad pone al cuerpo material al centro de la atención teórica (Ettorre, 1998, p. 555), relegando a los cuerpos a su constitución física, y restringiendo al resto de la experiencia corporeizada a la mente, el alma o la psique. Deleuze y Guattari (1988, pp. 149–151) se oponen a esta reducción del sujeto a su cuerpo material, refutando el privilegio de lo físico y lo biológico en la definición del cuerpo, y planteando en su lugar una teoría onto-

lógica sobre la corporeización como “confluencia del deseo con el mundo físico y social” (Fox, 2011, p. 360). Los cuerpos, para Deleuze y Guattari, deben ser entendidos como superficies filosóficas construidas discursivamente, sobre las que se inscriben textos de saber/poder —entre ellos, la biomedicina— que en el presente determinan al cuerpo como un organismo “natural”, físico y supeditado a la salud (Fox, 1998, párr. 9). Esa comprensión del cuerpo —o mejor dicho, de la corporalidad— es denominada por Deleuze y Guattari cuerpo-sin-órganos, y refiere al cuerpo como sitio de inscripción cultural o territorialización, construido y reconstruido mediante discursos y prácticas que disputan la determinación de su significado (Lupton, 2003a, p. 23). El cuerpo-sin-órganos es inscrito por regímenes de verdad que determinan qué es lo que somos y cómo debemos comportarnos, creando sujetos constreñidos discursivamente (Fox, 1998, párr. 13), y que son presentados ilusoriamente como unidades sustanciales, negando la naturaleza compleja y disociada de la producción discursiva de los cuerpos (Foucault, 1977b). Los autores plantean al cuerpo-sin-órganos como esta entidad corporeizada que está intrínsecamente ligada a nuestro sentido de identidad, y que posibilita nuestra experiencia de lo cognitivo, emocional, e inconsciente mediante lo carnal (Fox, 1998, 1993, 2002, citado en Lupton, 2003a, pp. 23-24). El término corporalidad coincide en múltiples aspectos con el de cuerpo-sin-órganos, como una conceptualización del cuerpo que excede sus confines físicos y materiales, descentrando al cuerpo de sus aspectos biológicos para integrar relaciones físicas, emocionales, psicológicas y culturales dentro de un ensamblaje que no le cede el protagonismo al componente biológico (Fox, 2011, p. 360).

Cuando nos referimos a corporalidades gordas, entonces, no acabamos en la descripción fisiológica de lo que constituye o no un cuerpo físicamente gordo, sino que comprendemos la corporalidad como un ensamblaje de prácticas, saberes, intencionalidades, inseguridades, resistencias y, por supuesto, materia, pero sin dejar de lado que tras la categorización social de un cuerpo existe una subjetividad que vive activamente las consecuencias de su corporalidad como un cruce complejo entre discursos y prácticas reguladoras.

Construcción social del cuerpo

El cuerpo puede ser interpretado como un sitio que es consecuencia o producto de relaciones sociales (Valentine, 1999, p. 329, citado en Guthman y DuPuis, 2006, p. 438). Estas

relaciones sociales no determinan unilateralmente al cuerpo, pues el cuerpo reproduce y sustenta los procesos sociales al ser inscrito por ellos (Jorquera y Astorga, 2012, p. 773).

El cuerpo reproduce la estructura social al corporeizar experiencias y prácticas referentes a una posición dentro de la estructura, lo cual se expresa en las prácticas cotidianas que Bourdieu identificó como *habitus* (Gremillion, 2005, p. 19). Ello figura al cuerpo en “complicidad” con lo social, dado que para Pierre Bourdieu y Maurice Merleau-Ponty, “el cuerpo está en lo social, y lo social está en el cuerpo” (Morris, 2001, p. 56).

Desde la perspectiva del construccionismo social, el cuerpo es formado, constreñido, e incluso inventado por la sociedad (Shilling, 2003, p. 62). El cuerpo adquiere significado y es determinado por estructuras sociales que operan fuera del alcance de los individuos. En este sentido, Mary Douglas (1988) plantea que la percepción del cuerpo físico depende del cuerpo social (p. 93), el cual a su vez responde y sostiene una visión particular de la sociedad (Shilling, 2003, p. 65; Varga, 2005, p. 214). En otras palabras “la construcción social del cuerpo determina la percepción social de su forma física, es decir, la experiencia social del cuerpo” (Pedraza, 2004, p. 66). Por lo tanto, la forma en que percibimos los cuerpos depende de la configuración generalizada de la sociedad, sugiriendo la inexistencia de un cuerpo al margen de las relaciones sociales.

Para Jacqueline Urla y Jennifer Terry (1995), la existencia de los cuerpos no antecede a las representaciones culturales o científicas que existen sobre ellos, debido a que los cuerpos sólo podrían ser conocibles dentro de un contexto sociohistórico, y no fuera de la historia o la cultura. Los cuerpos serían efectos, productos y síntomas de técnicas y prácticas regulatorias específicas, y nunca estarían libres de las relaciones de poder (Urla y Terry, 1995, p. 3). Similarmente, Bryan Turner (1989, p. 247) plantea que la naturaleza no es capaz de configurar la cultura, sino que al contrario; mientras que el célebre planteamiento sobre la construcción social del género de Simone de Beauvoir (1953) plantea, como sabemos, que “no se nace mujer, se llega a serlo”. Esta máxima es interpretada por Judith Butler como un argumento que configura al cuerpo como una situación (Brush, 1998, p. 27), lo cual implica que no existen cuerpos que no sean a su vez interpretados por significados culturales, y que por lo tanto, en palabras de Butler, no existe una facticidad anatómica prediscursiva respecto a los cuerpos (Butler, 2002c, p. 11). Luego, Donna Haraway (1999) replantea la máxima

de Beauvoir directamente, al sostener que “los cuerpos no nacen, se hacen”. A su vez, Foucault cuestiona si es que existe alguna materialidad posible de ser separada de los significados culturalmente contextualizados que constituyen los cuerpos (Butler, 1989, p. 602). De este modo, estos autores se oponen a la supuesta “facticidad anatómica” alegada por la conceptualización biomédica del cuerpo. Así, se confirma la idea de Urla y Terry (1995) sobre la inexistencia de significados pre-sociales sobre los cuerpos, y que por lo tanto, todo significado sería construido discursivamente. Si el cuerpo carece de una existencia anterior a su configuración cultural mediante inscripciones sociales (Brush, 1998), entonces adquiere una forma definida sólo a través de su inscripción social (Grosz, 1987, p. 2).

Inscripción corporal

El cuerpo carece de una realidad inherente en la interacción social, pues que su condición de realidad está establecida por el otro-observador que la interpreta. En este proceso, el otro-observador “ve ciertas cosas e ignora otras” (Armstrong, 1983, p. 2). Es en la sistematización del devenir que los individuos traen los cuerpos a la realidad a través de un proceso netamente social (Turner, 1989, p. 293). Así, los significados sobre el cuerpo devienen sociales, gatillados por el observador a partir de los discursos que éste ha internalizado, y a los que se recurre para explicar los cuerpos a partir de sus marcas reconocibles. El cuerpo, como constructo social que carece de existencia externa al dominio humano, sólo resulta aprehensible a través del lenguaje como interfaz entre su materialidad y su existencia social. Así, el cuerpo “natural” de la biomedicina se oscurece por el discurso, es transformado, grabado, y re-escrito como un lienzo que ha sido borrado para sobreescibirlo mediante una inscripción cultural que lo constituye como tal (Brush, 1998, pp. 25, 28). Este cuerpo hipotético, pre-inscrito, es traído a la existencia al ser inscrito socialmente, en vista de que, como sistematiza y referencia Chris Shilling (2003b, p. 87), los cuerpos sólo devienen entidades significantes mediante discursos en Foucault (2005), sistemas sociales en Turner (1989), o idioma corporal en Goffman (1963).

De acuerdo a lo anterior, la socialización dota de significados a los cuerpos biológicos, tornándolos en elementos que superan su mera biología, al posibilitar su reconocimiento e interpretación social. Por lo tanto, el cuerpo debe ser estudiado primero como una entidad

socialmente construida, y sólo después como una entidad biológica, fundamentando así una crítica social de la hegemonía que mantiene el discurso biomédico sobre los cuerpos.

Hablar sobre la construcción social del cuerpo significa afirmar, como plantea Judith Butler, que los significados y atributos adquiridos por los cuerpos son constituidos culturalmente, y como tales, son variables (Butler, 1989, p. 601). Butler afirma que el cuerpo no es construido como una totalidad traída a la realidad por lo social, sino que refiere a un sitio o superficie sobre la cual se construye (Ídem). En efecto, para Foucault, la modernidad es un proyecto que se inscribe en el cuerpo, volviéndolo en un objeto cultural (Fox, 1998, párr. 15). Esto da fe de la naturaleza cambiante y sociohistóricamente contingente de los significados corporales.

David Le Breton plantea al cuerpo como un soporte de semiotizaciones (Le Breton, 2002b, p. 81); es decir, como un sitio donde se fijan significados sociales. El cuerpo es semiótico, en tanto sistema de signos y significados (Bover, 2009, p. 23), operando más como receptor que generador de ellos (Shilling, 2003, p. 62). Siguiendo a Mary Douglas (1988), el cuerpo, cargado de significancia simbólica, es leído como símbolo o significante del mundo social que habita, al existir como superficie simbólica donde la cultura es inscrita en mediante reglas y jerarquías (Bordo, 2003, p. 165). En función de lo anterior, el cuerpo resulta un símbolo de la sociedad, mientras dicha sociedad se inscribe en él (Cregan, 2006, p. 119).

Elizabeth Grosz (1987, p. 2) resuelve estas nociones teóricas al plantear que el cuerpo adquiere su forma al ser inscrito socialmente. La constitución del cuerpo depende de su inscripción, volviéndose en la metáfora de un texto (Brush, 1998, p. 25). Para Grosz, los cuerpos son textos, sistemas de signos que son leídos y descifrados por el otro (1995, pp. 34–35). Esta metáfora de la inscripción textual, en el sentido posmoderno, explica la construcción social de la subjetividad corporeizada a partir de la configuración de estos signos (Ebert, 1992, citado en Brush, 1998, p. 24).

Así, el cuerpo es producido, inscrito y reinscrito por normas sociales, prácticas, y valores (Grosz, 1994, p. 128). Ello no refiere a una característica única de los cuerpos, sino que su inscripción por parte de presiones sociales ocurre como producto de la constitución social de la naturaleza misma, determinando a los cuerpos como efectos directos de dicho proceso

(Grosz, 1994, p. x). En este sentido, Elizabeth Grosz entiende los cuerpos como organizaciones materiales y biológicas que adquieren una cohesión y unidad a través de su “inscripción física y social como la superficie y material bruto de una totalidad integrada y cohesiva”³ (Grosz, 1998, p. 43, citada en Hopkins, 2012, p. 2). Estas inscripciones no son de índole superficial, ya que son constituyentes del cuerpo (Brush, 1998, p. 28), y en ese sentido, se mantienen presentes aún en la desnudez, expresando categorías raciales, étnicas, de género y clase, así como una historia disciplinar, patrones de movimiento, y marcas específicas a su propia existencia corporeizada (Grosz, 1994, p. 142). Chris Shilling coincide, basándose en Durkheim y Simmel, al plantear que el cuerpo es impreso por símbolos sociales y formas interaccionales; sin embargo, niega que ello constituya alguna forma de determinismo, pues en mediación con la experiencia y agencia, existe capacidad de resistencia y producción de cambios (Shilling, 2001, p. 336).

Saber y poder

Desde el posmodernismo y el posestructuralismo, autores como Foucault y Deleuze afirman que aquello que se inscribe en los cuerpos son discursos y regímenes de verdad que crean sujetos bajo determinadas prescripciones sobre lo que son y lo que deben ser (Fox, 1998, párr. 13). Para Foucault, el cuerpo es un cuerpo discursivo, un texto cultural, una superficie en la que la cultura se inscribe (Davis, 2007, pp. 53–54), y una entidad totalmente impresa por la historia (Foucault, 1977b, p. 148). De ahí que la tarea de la genealogía foucaultiana sea exponer un proceso de inscripción corporal donde el cuerpo, “como una página en blanco (...) sangra y sufre bajo la presión del instrumento de escritura” (Butler, 1989, pp. 603–604). Por ello, cada inscripción sería una de-territorialización y una re-territorialización que reposiciona al cuerpo en distintos planos de significación (Fox, 2002, p. 354), inscribiendo su posición en jerarquías, instituciones, y categorías sociales. En este sentido, las inscripciones corporales imprimen involuntaria y coercitivamente la categorización del cuerpo en grupos socialmente significativos, transformando la carne en tipos particulares de cuerpos susceptibles a las exigencias del poder (Grosz, 1994, p. 142).

³ Todas las citas textuales de textos en inglés son traducciones propias.

Foucault define al cuerpo como la superficie inscrita de los eventos (1983, p. 8), o bien, como una manifestación de los estigmas de experiencias pasadas (1977b), dado que la historia en Foucault opera como creadora de valores y significados inscritos en el cuerpo, dando lugar al sujeto y su significación sociohistórica (Butler, 1989, p. 603). Desde el pensamiento foucaultiano, el cuerpo es el sitio de todos los controles (Turner, 1989, p. 299), principalmente del control político e ideológico, la vigilancia, la regulación, y el poder (Lupton, 2003a, p. 25). El poder actúa sobre el cuerpo, pero también lo forma. El cuerpo parece ser anterior al poder, pero a su vez, es producido por el poder (Butler, 2002a, p. 13). En este sentido, Foucault considera al cuerpo como el objeto, objetivo, e instrumento del poder: es el medio material a través del cual éste funciona (Grosz, 1994, p. 146). El poder es considerado por Foucault una red productiva que circula por el cuerpo, y que produce discursos, crea objetos, forma saberes, e induce placeres (Foucault, 1984, p. 61), produciendo al cuerpo como un tipo de cuerpo determinado, con características y atributos específicos (Grosz, 1994, p. 149); es decir, imponiendo normas de reconocibilidad sobre la existencia de los sujetos (Butler, 2002a, p. 17), marcando en sus cuerpos la sujeción disciplinar y discursiva a la que deben ser sometidos.

Según Foucault, el saber es la principal técnica del poder, pues ambos se producen y retroalimentan simultáneamente, el uno posibilitando al otro (1994, p. 148). No existen relaciones de poder sin la constitución dialéctica de un saber asociado, ni existe un saber que no presuponga relaciones de poder previas (Foucault, 1977a, p. 27). Así, el poder no distorsiona al saber en la forma de ilusión, sino que produce al saber como verdad (Grosz, 1994, p. 148). El poder impone una verdad acerca de los cuerpos, logrando que sean reconocidos bajo una determinada identidad por los demás y por el sujeto mismo. El cuerpo resulta un producto de determinadas formas de saber y poder sobre el cuerpo, que plantean principios, creencias, prácticas, y evaluaciones como verdad, lo cual, al circular entre las instituciones, expertos, y ciudadanos, constituyen conjuntos de enunciados sobre los cuerpos que determinan su inteligibilidad, al inscribirlos en regímenes discursivos.

Discursos

Los discursos son estructuras de especificidad social, histórica, e institucional que contienen enunciados, términos, categorías y creencias construidas de manera coherente en torno

a una temática en particular (Scott, 1988, p. 35). Se trata de sistemas regulados de afirmaciones (Parker, 2002, p. 145), cuya génesis responde la intención de “dominar el acontecimiento aleatorio” (Foucault, 2005, p. 10), planteando las condiciones ideológicas para la instauración de un determinado modo de interpretar lo cuerpos. Así, los discursos tejen redes de significado que establecen las relaciones entre todo lo que puede ser visto, pensado, y dicho (Dreyfus y Rabinow, 1983; Foucault, 2002a). En este sentido, los discursos no sólo describen a los cuerpos a través de sus enunciados y afirmaciones, sino que son capaces de traer a la existencia determinadas perspectivas acerca de los cuerpos, al dotarnos de un marco interpretativo que hace visibles ciertos fenómenos y objetos otrora invisibles (Parker, 2002, p. 146). De este modo, los discursos producen nuestra interacción material y cognitiva con los objetos (o cuerpos) al formarlos sistemáticamente mediante el lenguaje, dotándonos de medios semióticos para entenderlos y referirlos, efectivamente trayendo a los objetos a la realidad social bajo sus propios términos (Foucault, 2002a, p. 54).

La forma en que los cuerpos gordos son percibidos socialmente es discursiva, en tanto los discursos producen nuestra experiencia de ellos al proveer marcos de significación y evaluación, configuran nuestra subjetividad mediante los sistemas de significado que usamos para comprenderlos, y finalmente determinan nuestra identidad, al producir las posiciones que tomamos respecto a ellos en el campo social (Blood, 2005). Lo anterior significa que uno de los efectos estructurales de los discursos es su capacidad de posicionar socialmente a los sujetos a través de sus capacidades de resignificar la realidad (Fairclough y Wodak, 1997, p. 258), lo cual puede implicar la producción y reproducción de relaciones desiguales de poder y dominación social (Wodak y Meyer, 2016, p. 6).

Para Foucault, el cuerpo no sólo adquiere significado discursivamente, sino que es completamente constituido por el discurso, desapareciendo como entidad biológica para surgir ante nuestra percepción como un producto socialmente construido (Shilling, 2003, p. 65). Esta perspectiva resulta crucial para comprender la forma en que los cuerpos gordos son traídos a la existencia bajo términos negativos, siendo impuestos determinados marcos interpretativos que dan lugar a un modo determinado de interpretar sus corporalidades. Los cuerpos son inscritos y clasificados mediante un ensamblaje de saber y poder que otorga sentido a las superficies corporales, haciéndonos percibir las bajo ciertos términos y criterios evaluativos, induciendo comportamientos al respecto, y remitiéndonos a racionalizar la existencia

de estos cuerpos bajo ideas socioculturalmente contingentes. De este modo, percibimos e interpretamos discursivamente a las corporalidades gordas como productos utilitarios de determinados regímenes de poder que ponen en circulación discursos y saberes que, en virtud del poder, se constituyen como verdad. Estos regímenes o discursos se valen de sus propios medios y procesos de diseminación del poder para inscribir negativamente a las corporalidades gordas, desde una dimensión determinada respecto a su existencia corporal.

Como punto de partida, reconocemos que la estigmatización de la gordura tiene orígenes en dos dimensiones principales que son transversales a las maneras en que tanto individuos y sociedad experimentamos, interpretamos, e interactuamos con los cuerpos: la apariencia y la salud. Ambas dimensiones contienen conceptos y procesos sociales que posibilitan la comprensión de la producción del fenómeno de la estigmatización social de las corporalidades gordas, por lo que serán tratadas en profundidad a la luz de la literatura analizada.

Estigmatización de la gordura desde la dimensión de la apariencia

La inspección visual de la corporalidad gorda evalúa dichos cuerpos bajo múltiples criterios, a través de un proceso social donde la apariencia corporal gatilla discursos y normas que juzgan de distintas maneras a las corporalidades que se desvíen de determinados principios. Como veremos, el gusto no está en la mirada del observador, dado que las corporalidades gordas resultan evaluadas en función de la diferencia marcada en sus cuerpos. Analizar los procesos tras la percepción de las corporalidades, así como comprender las lógicas que subyacen al concepto de belleza, resultan tareas cruciales para comprender el fenómeno de la estigmatización de las corporalidades gordas desde la dimensión de sus apariencias.

Percepción de los cuerpos

Las diferentes áreas del cuerpo constituyen regiones en las que se distribuyen desigualmente codificaciones sociales (Grosz, 1994, p. 139), diseminando en su superficie información acerca de su posición social, afiliación, género, raza, edad, y otros aspectos de la identidad individual (Barreiro, 2004, p. 130). Conceptualizamos estas regiones como marcas corporales, entendidas como símbolos corporeizados que posibilitan la interpretación de su materialidad (Cregan, 2012, p. 56). Las marcas corporales condicionan el reconocimiento social del cuerpo, al permitir la clasificación social y moral de los individuos en base a marcos de significación preexistentes (Bustos, 2013, p. 1; Le Breton, 2002b, p. 81). Ello vuelve socialmente inteligibles a los cuerpos, en tanto superficies cuya diferencia remite a discursos, estructuras, y significados socioculturales. Entonces, la apariencia, como disposición particular de codificaciones sociales, representa simbólicamente la existencia de diferencias y desigualdades sociales (Castillo, 1997, p. 41; Pedraz, 2007, p. 73), entre ellas, el reconocimiento de la diferencia corporal en base al peso y tamaño.

En tanto sitios de marcas y símbolos sociales, los cuerpos introducen múltiples variables a la interacción social, al corporeizar en sus superficies categorías que revelan la identidad y posición del otro, determinando los intercambios y prácticas sociales. Los “signos diseminados de la apariencia” que constituyen al aspecto físico orientan la mirada del otro hacia la

clasificación social y/o moral del cuerpo observado (Le Breton, 2002b, p. 82), volviendo al cuerpo en el sistema de clasificación cultural primario, un ente a partir del cual se organiza la complejidad cultural (Douglas, 1979). La posesión de un estigma marcado en la superficie del cuerpo resulta en la percepción de pertenencia a una categoría social, reconocida socialmente como un grupo (Goffman, 1990, p. 30). En este sentido, la gordura califica como criterio de categorización social, al ser interpretada como una diferencia corporal, estigma, y/o marca corporal inscrita en la apariencia, y que gatilla automáticamente el posicionamiento del sujeto en categorías de peso y talla, aceptabilidad, normalidad, belleza, deseabilidad, ajuste social, adecuación a la norma de expresión de género, y salud.

Este reconocimiento clasificatorio del otro da lugar a la constitución de la identidad, en tanto categoría básica del ser basada en la demarcación consciente del límite entre el yo y el otro (Cregan, 2012, p. 58). Reconocer la posición social del otro permite comprender distancias, diferencias y fronteras de pertenencia a múltiples esferas sociales, volviendo posible el reconocimiento de la propia posición, y en consecuencia, la demarcación del yo. El cuerpo y su diferencia resultan una fuente de identidad primaria basada en la diferenciación y la identificación (Moreno, 2015, p. 17), siendo éstos procesos que principalmente se deben a su apariencia.

Una forma de categorización subyacente a nuestra comprensión occidentalizada del concepto de cuerpo depende de la primacía del dualismo cartesiano (Carolan, 2005; Turner, 1989, 1994). Originado en la obra de Descartes (1974), el dualismo plantea una división ontológica entre el cuerpo y la mente, donde el cuerpo representa la materialidad y la irracionalidad, mientras la mente es el sitio privilegiado de la racionalidad y la cognición del sujeto. Cuerpo y mente, entendidos como entidades opuestas y complementarias dispuestas en una relación jerárquica dominada por la razón, sustentan como binario al proyecto filosófico occidental moderno, dando lugar a otras categorías binarias análogas, tales como naturaleza/cultura (Turner, 1994, p. 25; Urla y Terry, 1995, p. 12); hacer/pensar (Scribano, 2010, p. 21); emoción/razón y público/privado (Turner, 1989, p. 44); y femenino/masculino (Grosz, 1994), entre otras. Las polaridades de estas categorías binarias se acoplan mecánicamente, dando lugar a nociones universalistas de sentido, entre las que destaca la construcción patriarcal y binaria del género, donde lo femenino es identificado con los polos emoción, naturaleza, privado, cuerpo, etc. Lo corporal, como polo negativo del binomio

cuerpo/mente, adquiere así un significado marcadamente inferior a través de múltiples esferas, afectando por asociación a la interpretación de aquellas entidades sobrecorporeizadas, como lo son las mujeres (Braidotti, 2000, p. 176), o bien, las personas gordas.

El carácter irracional del cuerpo figura a la mente como una fuerza que debería poner en orden los elementos pasionales, descontrolados y animalescos del cuerpo, atribuyendo un valor moral a la capacidad de dominar el cuerpo (Carolan, 2005, p. 89). En este sentido, el dualismo cartesiano da lugar a una forma de clasificación de los cuerpos inaugurada por Mijaíl Bajtín y su obra en torno al discurso carnalesco. El cuerpo “clásico” sería la razón sobre la pasión: la corporeización del dominio y control de la mente sobre el cuerpo, un cuerpo gobernado por la razón, y por tanto, capaz de superar la irracionalidad; mientras que el cuerpo “carnavalesco” sería el triunfo de la pasión sobre la razón: el gobierno del cuerpo sobre la mente, que incurre en descontroles pasionales (Carolan, 2005, p. 89; Elliott, 2007, p. 140).

Estas categorías resuenan en el binario que opone la delgadez a la gordura. El cuerpo clásico representa una aproximación racional hacia el propio cuerpo que hipotéticamente resultaría en cuerpos delgados, tonificados y “civilizados”. Además de representar la belleza, estos cuerpos suponen también características de productividad y superioridad (Carolan, 2005, p. 92), que los ubican como la corporalidad ideal en el modelo de gubernamentalidad neoliberal y en la validación de la responsabilidad ciudadana modernas (Elliott, 2007, p. 140). En contraste, un cuerpo gordo, flácido, abundante y curvilíneo es categorialmente relegado a una dimensión pasional, de excesos e indisciplina, propia del cuerpo carnalesco, que hace caso omiso a la aproximación racional sobre el cuerpo. Para Michael Carolan, las caracterizaciones sociales del cuerpo obeso como descontrolados, insaciables, animalescos, vagos y asquerosos son un reflejo del rechazo a la categoría de lo carnalesco desde la mirada clásica (2005, p. 91). Por ello, Charlene Elliot (2007, p. 141) plantea que el cuerpo carnalesco es análogo a la conceptualización del cuerpo gordo de Samantha Murray (2005), donde lo gordo existe como corporeización desviada y perversa que implícitamente demanda ser transformada en pos de adquirir una individualidad válida; es decir, la presión estética por la normalización mediante el adelgazamiento.

Los saberes acerca de lo que son los cuerpos, dominados por la concepción del dualismo cartesiano, dan lugar a la inscripción de significados corporales que determinan negativamente a las corporalidades gordas a partir de su marca corporal estigmatizada, que caracterizaría al cuerpo gordo como un marcador de inmoralidad a partir de la intuición de prácticas y omisiones propias de una subjetividad carente del carácter occidental idealizado, tales como la renuncia a la disciplina, el disfrute pasional y desregulado, y la ausencia de una aproximación racional y productivista hacia el propio cuerpo. De este modo, la marca corporal de la gordura simboliza ideas y valoraciones sobre los cuerpos gordos que los categoriza negativamente en términos morales, estéticos, y de ciudadanía. Estos cuerpos aparecen ante los demás, por lo tanto, como reflejos de ciertos signos, identidades, y posiciones sociales que son leídas en función de su apariencia corporal.

La apariencia y su lectura

La apariencia corporal, como indica el concepto, es la forma como aparece el cuerpo ante los demás, y a su vez, la forma en que los individuos se presentan al mundo (Cregan, 2012, p. 16). Se trata de la configuración perceptible del cuerpo físico, dispuesta a la percepción del otro y de la sociedad (Bourdieu, 1984, p. 212), en tanto superficie de significados interpretados socialmente a través de la mirada. La apariencia se compone por signos diseminados sobre el cuerpo, tales como el peso corporal (Le Breton, 2002b, p. 82), los cuales resultan señales cargadas de significados sociales que devienen en fuentes de información acerca de los otros (Barreiro, 2004, p. 138).

Según Foucault (1978, citado en Guthman y DuPuis, 2006, p. 437), los cuerpos emiten signos, sobre todo cuando se trata de cuerpos en los márgenes. Esta codificación simbólica les permite “hablar sin necesariamente hablar” (Grosz, 1995, p. 35). Al enfrentarnos a un otro, su apariencia dispone ante la mirada esta plétora de signos, a partir de los cuales intuimos y anticipamos atributos personales y pertenencias categoriales. Esta percepción es denominada por Erving Goffman (1990a, p. 11) como identidad social. Siguiendo a Goffman (1959, 1990b), la presentación corporal refiere a esta cualidad de los cuerpos de comunicar constantemente signos cargados de significados sobre el sujeto (Morris, 2001, p. 56), percibidos y analizados por la mirada del otro como categoría e identidad. Como plantea Adrián Scri-

bano, “somos, en parte, lo que los otros ven” (2010, p. 412). Así, la sola mirada basta para identificar un cuerpo y categorizarlo bajo sistemas de clasificación dominante.

Los cuerpos son el soporte material de todo intercambio y práctica social (Le Breton, 2002a, p. 122). La apariencia corporal ubica física, visual, y discursivamente a los sujetos en la realidad social, disponiéndolos a la aprehensión perceptual del otro a partir de su mirada. Mediante la mirada, los cuerpos son reconocidos y ubicados en posiciones sociales que refieren a categorías y jerarquías como el género, la clase, la salud y la belleza, transformando los cuerpos inscritos en sujetos. Para Merleau-Ponty (1964), es a través del cuerpo que llegamos a ser vistos en el mundo, y para Sartre, el ser mirado “constituye el aspecto central del «ser en el mundo»”, entendiendo al otro —e incluso al mundo— como miradas (Han, 2017, pos. 623). La forma en que somos vistos, entonces, es uno de los criterios que define nuestra pertenencia y posicionamiento en la sociedad (Stone, 1962), pues es el otro quien nos interpreta y valida como sujetos definidos por una posición y un cierto estatus.

Si el cuerpo es leído como un conjunto de símbolos acerca de la posición social que habita, entonces la existencia de significados sociales inscritos en los cuerpos implica una capacidad común, o un “vocabulario”, que permite descifrar y leer los significados transmitidos corporalmente (Reischer y Koo, 2004, p. 300). En este sentido, Elizabeth Grosz (1995) indica que los sujetos adquieren socialmente medios para leer los cuerpos (1995, pp. 34–35, citada en Murray, 2012, p. 78), permitiéndonos acceder a las emisiones de signos de las superficies corporales como confesiones. Quizás es en este sentido que Foucault afirma que las confesiones pueden ser extraídas del cuerpo sin ser forzadas (1978, p. 59), pues los cuerpos confesarían por sí solos constantemente (Murray, 2012, p. 82). Pero, como plantea Samantha Murray (2012), la lectura del cuerpo del otro no acontece al nivel del individuo ni responde a un cuerpo individualizado, sino que refiere a un proceso social que es parte de un sistema de intercambio simbólico, donde la lectura de un cuerpo simultáneamente lo inscribe con significados particulares basados en las lecturas previas de otros cuerpos similares (2012, p. 79).

La interpretación de los cuerpos no dependería de la capacidad individual de atribuir significado a las marcas corporales identificadas, sino de la circulación de signos en un contexto determinado. Esto porque, de acuerdo con Linda Alcoff (1999), nuestra percepción no es un

resultado natural del sentido de la vista, sino “el producto de una forma específica de práctica perceptual” (1999, p. 16), donde los significados “leídos” o percibidos a partir de las marcas corporales refieren a saberes contextuales sedimentados que dan lugar a la diferenciación, categorización, y explicación de los cuerpos (Alcoff, 1999, p. 18). La percepción sería un efecto discursivo que produce a los objetos que observa (Murray, 2007, p. 362), tal como para Foucault los discursos no sólo describen, sino que “sistemáticamente forman los objetos a los que refieren” (2002a, p. 54). La confesión del cuerpo no es un momento de revelación de la verdad sobre el sujeto, sino que se estructura como instancia de confirmación de conocimientos tácitos sobre dichos cuerpos (Murray, 2012, p. 84).

Por lo tanto, en lugar de ser un acto inocente o predecible, mirar, leer e interpretar las apariencias constituye un proceso social donde categorizamos al otro a partir de saberes discursivamente instalados, fijados en los signos cuya valoración social es evaluada en función del concepto de belleza.

El concepto de belleza

De acuerdo con Kate Cregan (2012), la belleza es un término relacional que se hace presente en la percepción de los otros, las normas sociales que valorizan ciertas apariencias, y en la presión que sienten los sujetos por modificarse a sí mismos y a sus cuerpos en pos de la adopción de estas normas (Cregan, 2012, p. 16). En tanto criterio de valoración de los cuerpos, la belleza se percibe mediante la circulación de discursos estéticos (Bustos, 2013, p. 3). Así, nuestra exposición a la cultura visual contemporánea —los medios de comunicación, la publicidad, la moda, las redes sociales— nos informa de la existencia de determinadas expectativas de apariencia corporal (Coleman, 2008, p. 167). Según lo anterior, podemos considerar como corporalmente bellos a aquellos cuerpos socialmente percibidos como atractivos, de acuerdo a su adscripción a prescripciones de apariencia —es decir, que siguen un conjunto de tratamientos, cuidados, y formas de administrar su cuerpo— concebidas de acuerdo a las normas sociales —un ideal o un deber ser— respecto a la apariencia socialmente valorada. Sin embargo, la percepción de la belleza refiere a un proceso social históricamente específico (Bieger, 2012), y como tal, carece de consistencia histórica (Alcoff, 2011, pos. 296).

Los criterios que vuelven bella a una apariencia particular son difíciles de definir, pues su definición suele basarse en la experiencia de ver esta belleza, y no en cómo se ve (Etcoff, 2011, pos. 142). Por lo tanto, podemos aproximarnos a una definición de belleza desde su experiencia perceptual y afectiva: como una intensidad o placer percibido sensorialmente, difícil de racionalizar y traducir en palabras. Para Kant, la belleza es definida como el sentido de un placer desinteresado (Odin y Kitaro, 1987, p. 212), una complacencia positiva caracterizada por el “placer por la armonía de las facultades cognoscitivas” (Han, 2015, pos. 256); es decir, un disfrute preconsciente que es armónico y positivo, y que no irrumpe en el conocimiento o el análisis. La experiencia de lo bello, entonces, sería el disfrute de un placer incommunicable (Colebrook, 2006, p. 134), específicamente una combinación de placeres sensoriales estructurados en relación ideal (Santayana, 1896, secc. 11, párr. 7; secc. 18, párr. 3).

Pero lógicamente, las definiciones experienciales y afectivas de lo bello no refieren a lo bello en sí, ni a sus cualidades visibles. Descartes define la belleza como una determinada relación de nuestro juicio con un objeto —o cuerpo— (Tatarkiewicz, 1972, p. 173). Para Mary Mothersill, alguien es bello al causar “placer en virtud de sus propiedades estéticas” (1984, p. 347). Luego, para George Santayana la belleza es un valor positivo, objetualizado e intrínseco; un placer considerado como cualidad de un cuerpo (1896, secc. 11, párr. 1; Etcoff, 2011, pos. 149). De acuerdo a estos tres autores, la belleza estaría definida como una “afectación de nuestra naturaleza apreciativa y voluntaria” (Santayana, 1896, secc. 11, párr. 2); es decir, de la capacidad afectiva de un cuerpo que modifica nuestro juicio del mismo. Específicamente, un objeto —o cuerpo— bello posee una característica que a su vez tiene una potencia que primordialmente afecta nuestra capacidad de juicio estético. Por consiguiente, la cualidad primaria de la belleza sería que, al afectar la forma en que el objeto es juzgado por un otro en virtud de sus características, logra su propio reconocimiento positivo, y en segundo lugar, se vuelve objeto de asociaciones sociales, afecta el ánimo del observador, y apela al gusto de individuo (Jessop, 1932, p. 165).

Esto indica que la belleza hace referencia tanto a la apariencia de un cuerpo como a nuestra evaluación de la misma. En este sentido, la belleza corporal puede ser entendida como un concepto evaluativo, y como tal, refiere a la ubicación de un cuerpo en un continuo de posibilidades valorativas dispuestas entre dos polaridades antagónicas, posibilitando la com-

paración entre múltiples cuerpos en la medida de su cercanía o lejanía relativa a una u otra polaridad (Lorand, 1994, p. 399). La belleza, entonces, es medible y comparable a través de múltiples dimensiones, como lo son el peso, tamaño, y forma corporal. Las polaridades antagónicas entre las que se evalúa la belleza representan valores imaginarios, que perfectamente pueden ser imposibles de representar de modo visual. Lo absolutamente bello y su contrario no suelen gatillar ninguna imagen específica, sino una mezcla de valores y significados. De hecho, la negación de la belleza suele describirse mediante características que exceden a la estética, como eludiendo la existencia de un único “polo negativo” en el dominio estético (Lorand, 1994, p. 400). Tal y como plantea Lorand (1994), la belleza posee múltiples opuestos, por lo que la gordura, en tanto característica física opuesta a la delgadez, sería uno de ellos. Dado que la confluencia de opuestos de la belleza constituyen su negación, la gordura por sí misma, como característica física, resulta incapaz de oponerse absolutamente a la belleza. Sin embargo, el fenómeno de estigmatización de la gordura le atribuye a esta corporalidad características que exceden lo estético, como la enfermedad y la inmoralidad, por lo que la gordura como polo negativo se potencia, viendo fundamentada, en cierta medida, su negativización estética. Entonces, la gordura no puede ser considerada una característica física neutra, al encontrarse imbuida de significados que —en términos de Thomas Jessop (1932)— alteran la capacidad de juicio estético, produciendo un reconocimiento negativo.

Otra forma de evaluar lo bello es según su grado de perfección. Lo bello da la impresión de encontrarse perfectamente organizado, donde cada elemento yace ordenado en su lugar, formando una corporalidad unificada y completa (Lorand, 1994, p. 402). La belleza en la Grecia clásica fue definida principalmente según la proporción y ordenamiento de las partes constituyentes de un objeto, dando lugar a la popularización de proporciones “perfectas” tanto en la arquitectura como en los cuerpos humanos (Tatarkiewicz, 1972, p. 167). Para Aristóteles, las formas principales de la belleza eran el orden, la proporción, la firmeza y la simetría (Etcoff, 2011, pos. 255; Tatarkiewicz, 1972, p. 167), mientras que Platón describió lo bello como bello por sí mismo, caracterizado por medidas y proporciones apropiadas que coinciden armoniosamente como un todo (Etcoff, 2011, pos. 249). Al ser considerado orden perfecto, unicidad o armonía, el cuerpo bello se contrapone a cuerpos desordenados o desobedientes, y tal como hemos visto, los cuerpos gordos sobrepasan los criterios de me-

dición y peso médicamente apropiados y estéticamente deseables, expresando un desorden físico, moral, y de salud, que carece de una norma que los gobierne, debido a la diversidad inherente a las formas y grados de gordura.

De acuerdo con Santayana, la belleza es una clara manifestación de perfección, que a su vez evidencia su posibilidad (1896, secc. 67, párr. 5). Los cuerpos idealizados, aún siendo quirúrgica y digitalmente modificados, extienden el margen de posibilidad de la belleza corporal, al manifestarse como cuerpos posibles que dejan atrás los antiguos ideales. El peso corporal de las modelos, culturalmente consideradas como cuerpos ideales y deseados, ha ido decreciendo de forma consistente (Fikkan y Rothblum, 2012; Garner et al., 1980; Owen y Laurel-Seller, 2000), agudizando la norma de delgadez para el resto de la población. A pesar de que los estándares corporales son casi siempre inalcanzables, siguen siendo puntos válidos de comparación social (Fallon, 1990, citada en Heinberg y Thompson, 1995, p. 325). Así la presencia social de la “perfección” de las modelos de alta costura, las fotografías retocadas, las y los “influencers” en redes sociales, y los cuerpos profesionalmente cultivados y modificados de las celebridades, alejan el ideal de belleza fuera del alcance de la población, al extender la distancia del polo positivo de la belleza, produciendo un mayor margen entre lo estéticamente deseable y el polo negativo.

Ante los cuerpos hiper-delgados de la modernidad, la gordura resulta aún más marginada, extendiendo su estigma hacia cuerpos cada vez menos gordos, dado que estos también estarían expresando una desviación respecto de una norma corporal cada vez más estricta. A su vez, la masificación y legitimación social del estigma de la gordura intensifica la preferencia por los cuerpos delgados (Swami y Tovée, 2007; Swami et al., 2010a; Wolf, 1991), cerrando así un proceso de intensificación del estigma.

Rebecca Coleman y Mónica Moreno (2010) describen la belleza como una aspiración a una condición de normalidad que es simultáneamente optimista y cruel. Lauren Berlant (2011) acuña el concepto optimismo cruel para referirse a la situación donde un deseo compele al sujeto a satisfacer algo que depende de un otro (optimismo), pero que a su vez impide activamente su propia realización (cruel), resultando en sí mismo un obstáculo para la prosperidad del sujeto. El optimismo cruel apega a los sujetos a fantasías del buen vivir, a través de las cuales persiguen cotidianamente un conjunto de promesas derivadas de la satisfac-

ción del deseo, a pesar de reconocer que la satisfacción del deseo, y por ende el logro de las promesas, sean casi imposibles de realizar (Berlant, 2011, p. 2). A razón de lo anterior, el deseo de belleza sería una inclinación hacia un estado temporal de optimismo situado en el futuro, donde se corporeizaría la perfección, pero que resulta continuamente postergado (Coleman y Figueroa, 2010, pp. 358, 361). El deseo por este ideal corporal esquivo da lugar a una búsqueda perpetua por la perfección y la normalización (Bordo, 2003, p. 248, citada en Brush, 1998, p. 35), traducido en el optimismo cruel de rechazar y evitar la gordura ante el anhelo del cuerpo ideal. En los casos que esta fantasía se cumpla, la dificultad y el esfuerzo de la modificación corporal otrora improbable clama reconocimiento: felicitar a quien logra bajar de peso como reconocimiento de su disciplina, reforzar al ideal ante un ejemplo vivo de su consecución, y finalmente criticar a quienes, ante la supuesta democratización de la posibilidad de deshacerse del estigma, no lo hacen.

Byung-Chul Han (2013, 2015) define lo bello en la modernidad capitalista tardía, caracterizada por el consumismo y la transparencia, como la perfección de lo pulcro, impecable, pulido y liso, que operan como el vaciamiento de profundidad y deshumanización de los cuerpos a partir de un imperativo de perfección abstracta (Han, 2015). Lo liso como atributo principal de la belleza oculta el origen humano —imperfecto, detallista, técnico— del objeto o cuerpo, pues carece de las imperfecciones y marcas propias a la historicidad, y en su lugar exhibe pura positividad, validación y agrado, evitando cualquier forma de conflicto con el statu quo. Contra estas definiciones, el cuerpo gordo, considerado imperfecto, remite a lo carnal y humano, por medio de sus pliegues y estrías que hablan de su historia y proceso. No es un cuerpo que invite a la aprobación inmediata de lo pulcro, sino que remite a su humanidad heterogénea y socialmente considerada como negativa. La imagen del cuerpo gordo se contrapone a la expectativa neoliberal de perfección y de lo positivo. Han denomina bello digital a la antítesis de lo bello natural, que pretende eliminar toda negatividad, extrañeza y alteridad presente en lo distinto, homogeneizando los cuerpos al pulirlos y volverlos tersos (Han, 2015, pos. 334). Bajo estos términos, el cuerpo ideal es un cuerpo inocuo, perfecto, que no introduce crítica, incomodidad ni conocimiento más allá de su imagen agradable, pues se trata de un cuerpo de consumo. La gordura sería todo lo contrario: un cuerpo cuya presencia interrumpe la normalidad al poner en la mirada su diferencia negatizada, exponiéndose al rechazo y emitiendo una crítica a lo estatuido por el mero atrevi-

miento de hacerse visible. Sus cualidades de cuerpo imperfecto, reprobado, desagradable, invalidado, rugoso y distinto, configuran a la gordura, en términos de Han, como una alteridad atópica, inconsumible (2015, pos. 129; 2017, pos. 290). Si volvemos a la definición kantiana de la belleza, el cuerpo gordo resulta incómodo, rompiendo con la armonía sensorial preconsciente —el disfrute de la belleza— al integrar un componente político: la diferencia corporal que induce al extrañamiento y al disgusto imperialista (Nguyen, 2011, p. 366). Bajo los criterios de mercantilización neoliberales del agrado, la homogeneidad y lo positivo, así como los criterios estéticos contemporáneos de lo bello como pulido, liso y digital, los cuerpos gordos resultan interpretados como feos, poco atractivos, desagradables, e indeseables (e.g., Crandall, 1994; Harris et al., 1982; Regan, 1996; Rothblum, 1992; Teachman et. al, 2003; Wooley y Wooley, 1979).

Ideales de belleza

La belleza humana, a diferencia de la apreciación de otros objetos, se relaciona a la deseabilidad y la atracción, y su evaluación es también determinada por discursos de género y raza (Kuipers, 2016, p. 6). Siguiendo a Giseline Kuipers (2016), el juicio de la belleza consta de dos repertorios evaluativos: el estético y el atractivo. La estética pertenece en mayor parte a un dominio diferente a la belleza humana, mientras que el atractivo es un modo ideológico de percepción, a partir del cual un cuerpo nos llama la atención o despierta deseo, enmarcado en un conjunto de valores culturales comunes (Reischer y Koo, 2004, p. 300).

Desde la percepción de la apariencia de un otro, los cuerpos resultan reconocidos y valorizados (Alemany y Velasco, 2008, párr. 26). Dicho reconocimiento remite, en una primera instancia, al ajuste del sujeto a las normas socioculturales de la apariencia corporal; es decir, la correspondencia de la apariencia a “los efectos de la moda” (Le Breton, 2002b, p. 81). Una segunda instancia de reconocimiento del atractivo remite a la coincidencia de la apariencia corporal a los criterios de normalidad dominantes, distinguiendo a los cuerpos atractivos de los cuerpos considerados anormales y/o patológicos, entre ellos los cuerpos gordos (Giacoman, 2013, p. 270). Lo anterior indica que la condición de belleza de un cuerpo se otorga desde el exterior, a partir de la mirada de un otro, y por lo tanto, se trata de una evaluación contingente, contextualizada y revocable (Wolf, 1991, p. 47), mientras que

el criterio que permite la percepción de dicha cualidad deriva de ideales y prescripciones socioculturales sobre la apariencia. A partir de este proceso, las corporalidades gordas son percibidas como cuerpos que no se adecúan a las prescripciones de apariencia y normalidad dominantes, y por consiguiente, su atractivo y belleza son evaluados negativamente.

Siguiendo el modelo sociocultural presentado por Marika Tiggemann (2011), se sostiene la existencia de ideales sociales de belleza transmitidos por canales socioculturales. La evaluación positiva de la apariencia, por lo tanto, depende del nivel de adecuación a la prescripción social de belleza (Ibíd., p. 13). Los ideales de belleza operan en dos niveles que se retroalimentan permanentemente: el ideal personal, que corresponde a las preferencias corporales que cada individuo desarrolla a través de su experiencia de vida, y el ideal social, referente a los cánones sociales de belleza colectiva que influyen en las preferencias de los sujetos (Giacoman, 2013, p. 290). De acuerdo al modelo sociocultural, los sujetos internalizan o hacen propios los criterios que constituyen la belleza corporal, entre ellos el deseo de delgadez y su complementario, el rechazo a la gordura, y a partir de este constructo sociocultural, se realizan evaluaciones estéticas acerca de sus propios cuerpos y los de los demás. La incesante reiteración y omnipresencia de imágenes que dominan nuestra experiencia, y que remarcan la relevancia de la apariencia, ejercen una influencia en nuestras ideas sobre la belleza y el atractivo corporal, adquiriendo un rol crucial en la internalización de orientaciones normativas respecto de la evaluación de los cuerpos (Orbach, 2016, p. 5).

Las imágenes que reproducen el ideal sociocultural de belleza como una norma estético-visual se difunden principalmente en televisión, cine, revistas, videos y redes sociales (Kuipers, 2016, p. 5). La exposición a estos medios masivos de comunicación refiere a un proceso de socialización unilateral, en el que se reciben símbolos culturales que moldean insistentemente nuestras concepciones acerca de la realidad social (Van Vonderen y Kinnally, 2012, p. 43). Estos medios se refieren negativamente a los cuerpos gordos de manera incesante, mientras que simultáneamente, remueven a estas corporalidades de cualquier posibilidad de representación positiva (Kent, 2001, pp. 133–134). Lo anterior reduce las posibilidades de que la gordura pueda ser percibida positivamente por los sujetos expuestos a estas fuentes de información sociocultural, y de hecho, existe amplia evidencia acerca de la preferencia por los cuerpos delgados generada por la exposición a medios de comunicación occidentales (Swami et al., 2010b, p. 320).

El ideal corporal normativo ha sido establecido como un objetivo homogéneo al que los cuerpos heterogéneos deben aspirar (Brush, 1998, p. 35). La existencia en abundancia de imágenes de cuerpos idealizados invitan a los sujetos a la comparación, reforzando lo que no son y lo que deberían ser, de acuerdo a esta norma corporal (Featherstone, 2010, p. 197). En las sociedades occidentales contemporáneas, la norma e ideal sociocultural de belleza produce la equivalencia entre delgadez y belleza, tanto en hombres como mujeres (Rothblum, 1992, p. 68; Thompson, 1990; Tischner y Malson, 2011, p. 21; Wiseman et al., 1992; Donaghue y Clemitshaw, 2012; Nutter et al., 2016; Wolf, 1991). Esta norma es reforzada y reproducida por pares, padres, y medios masivos de comunicación (Burke et al., 2012, p. 366; Tiggemann, 2011, p. 14), y se encuentra tan extendida que resulta prácticamente aceptada como un atributo “natural” del concepto de belleza (Reischer y Koo, 2004, p. 299). De este modo, se posiciona a la gordura como un opuesto absoluto al ideal social de belleza, configurando al peso y tamaño corporal como una dimensión prioritaria de la evaluación de la belleza.

Género y gordura

Los ideales de belleza también reflejan discursos de género, en el sentido que la evaluación de la belleza incurre en un juicio sobre la coincidencia de la apariencia del otro respecto de las apariencias masculinas y femeninas normativas (Kuipers, 2016, p. 6). Al reconocimiento binario de uno u otro género le sigue una evaluación basada en el ideal de belleza que concuerde con el género percibido (Balsamo, 1992, p. 206). La apariencia y la belleza operan como ideales estéticos y conductuales de género, a partir de los cuales los individuos gestionan su expresión e identidades, reproduciendo un modo de reconocimiento del género en términos binarios y oposicionales. Entonces, desde estas normas de apariencia generizadas, es posible definir a los “otros” del género (Cregan, 2012, p. 19), pues el reconocimiento y evaluación de ideales contingentes al género desde una perspectiva heteronormada — propia del discurso de género patriarcal que domina en sociedades occidentales— tiene como subproducto el cuestionamiento de aquellos cuerpos cuyas apariencias se desvíen de la noción binaria del género, tal como hombres y mujeres gordas/os.

Si bien existen normas corporales de delgadez que son transversales al espectro de identidades de género, existen especificidades de acuerdo al binario femenino/masculino. Los

cuerpos femeninos ideales constan de prescripciones sobre una silueta delgada, que varía dentro de un margen de voluptuosidad tolerable, que corresponde al tipo de adiposidad ginoide; es decir, concentrada en muslos, trasero, y pechos. Por otro lado, los cuerpos masculinos ideales acentúan siluetas delgadas, de abdomen plano, y en forma, cuyo rango de tamaño aceptable suele condicionarse al grado de musculatura. En sociedades patriarcales, la evaluación social de los sujetos también es distinta. Mientras que los hombres son principalmente evaluados según su interioridad, las mujeres son evaluadas de acuerdo a su exterioridad; es decir, su cuerpo, apariencia y atractivo, por lo que para los primeros existe una mayor tolerancia al distanciamiento de los ideales, mientras que para las segundas la presión estética es más intensa e íntimamente relacionada a sus identidades. Esto va en coincidencia con la construcción binaria del género (Lloyd, 1993 y Schiebinger, 1993, citados en Cregan, 2012), donde lo masculino es caracterizado por la razón y la mente, cualidades del sujeto que se desenvuelve en la esfera pública; mientras que lo femenino, en oposición binaria, es caracterizado por la naturaleza y el cuerpo, cualidades del objeto o el individuo objetualizado, cuyo desenvolvimiento es reducido a la esfera de lo privado, ya sea en las labores reproductivas, maternales o domésticas, y cuya evaluación es considerada un asunto público y social.

El discurso médico mantiene al cuerpo masculino como el cuerpo históricamente idealizado, la corporalidad estándar y perfecta (Cregan, 2012, p. 56). La masculinidad hegemónica —es decir, en clave patriarcal— se caracteriza por la racionalidad, el dominio y la agencia. El proyecto de la masculinidad hegemónica es la acumulación de símbolos culturales que denotan virilidad (Connell, 1987), constituida por los valores de la anti-feminidad como fundamento de la identidad, la dominación o el control en toda situación, la fuerza y resistencia corporal, y la agresividad y osadía del carácter (Brannon, 1976). En este sentido, la musculatura y la delgadez representan virilidad en los hombres, a través de su capacidad de dominar lo natural, expresando su disciplina, control y resistencia en el desempeño de las prácticas de desarrollo físico, y su voluntad de optimizarse a sí mismos, superando al resto. La apariencia delgada y en forma posibilita el ajuste estético, identitario y conductual a la prescripción de género masculina, mientras que la gordura transgrediría estos valores fundamentales de la masculinidad.

Al definirse en base a su diferencia respecto de la norma masculina, el cuerpo femenino es relegado a la imperfección (Cregan, 2012, p. 57). De este modo, los cuerpos femeninos son inscritos como deficientes e inferiores en estatus (Bartky, 1988, pp. 33–34). Por otro lado, la feminidad normativa construye al cuerpo femenino como un cuerpo para los demás (Barreiro, 2004, p. 134), validando no sólo su explotación sexual, doméstica y reproductiva, sino también el escrutinio y presión social que recae sobre su apariencia y comportamientos. Por lo tanto, estos factores dan lugar a la prescripción o “necesidad” de corregir y embellecer los cuerpos femeninos (Featherstone, 2010, p. 202), en tanto cuerpos imperfectos, inferiores, y dispuestos para la mirada y disfrute del otro. La prescripción de corrección construye la feminidad como un logro (Bartky, 1988), o bien, un “modo de enactar y reenactar normas de género recibidas, que salen a la superficie como varios estilos de la carne” (Butler, 1985, p. 11, citada en Bartky, 1988, p. 27). En este sentido, la belleza resulta una prescripción de género ligada al cumplimiento de la feminidad normativa, que comprende normas de tamaño, expresión y comportamiento determinados (Barreiro, 2004, p. 134), relacionados a la preocupación por el peso, la apariencia y el tamaño corporal (Bartky, 1988). De este modo, la gordura no es sólo un tipo de cuerpo opuesto al ideal corporal femenino, sino también una transgresión a la prescripción social de belleza inherente a la feminidad normativa, y por lo tanto, un fracaso en el proceso de adecuación a las expectativas sociales del género.

De acuerdo a estos criterios generizados, el seguimiento de las normas de apariencia resultan un deber en los hombres, en tanto posibilidad de expresar significados corporales socialmente valorizados, mientras que en las mujeres, el ajuste a las normas de apariencia aparece como una necesidad debido a la suposición patriarcal de una insuficiencia inherente a su género, y la presión social existente en torno a rígidos patrones de comportamiento impuestos sobre las mujeres. Por otro lado, la existencia de representaciones normativas de género predisponen las preferencias individuales a partir de sistemas de clasificación colectiva, ajustando las expectativas de apariencia a significados de género preexistentes, como la musculatura como indicador de fuerza y protección en hombres, y el desarrollo de caderas y senos que representan el rol materno en mujeres (Giacoman, 2013, p. 292). Por lo tanto, el género determina tanto las prescripciones como las preferencias de apariencia corporal de acuerdo a cada género, concebido bajo criterios heteronormados.

Los criterios de interpretación de la belleza corporal que hemos tratado —como proceso temporal, prescripción de género, perfección medible, ideal sociocultural, cuerpo digital y de consumo, y como experiencia perceptual— seguramente son insuficientes para producir una definición exhaustiva del concepto. Sin embargo, todas coinciden en la innegable deseabilidad social de la delgadez, y la evitación o rechazo de sus opuestos, y de este modo, se constituyen como normas que se imponen sobre los cuerpos.

Normas corporales

La mirada del otro mantiene la desviación bajo vigilancia (LeBesco, 2011, p. 155), operando como un “dispositivo de control del sentido común” (Scribano, 2010, p. 23). Las miradas se instalan en nuestro imaginario como la idea de un observador hipotético (a menudo masculino, heterosexual y blanco), cuya mirada evaluativa se posa sobre los individuos, particularmente sobre las mujeres (Morgan, 1991, p. 36), juzgando los distintos aspectos de la corporalidad para presionar el cumplimiento de la norma (Brush, 1998, p. 38). Así, la mirada ajena adquiere la imagen de un cuerpo, pero a su vez es internalizada al colonizar la propia mirada (Piñeyro, 2016, p. 43), produciendo al sujeto disciplinar que se vigila a sí mismo en pos de la obediencia (Brush, 1998, p. 38; Grosz, 1994, p. 144).

El cruce de miradas ajenas que evalúan los cuerpos compone un panóptico con la función de coercionar a los sujetos a modificarse bajo los términos del poder disciplinario, y siempre en referencia a un tercero que juzga (Costa, 2008, p. 3). Para Foucault, el objetivo del panóptico es “inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción” (Foucault, 2002b, p. 185). Este estado de visibilidad es particularmente atingente a los cuerpos más gordos, cuya hipervisibilidad indisimulable que los caracteriza a su vez los somete a una vigilancia intensificada, y por ende, a la sujeción ante los designios del poder (Tischner, 2013, p. 45, citada en Gailey, 2014, pos. 226).

Ser mirado implica mirarnos a nosotros mismos a través de la mirada de otros, y bajo una sociedad panóptica, estas miradas son permanentes. Los sujetos intentan prever los significados y pertenencias categoriales emitidas por su presentación corporal, razón por la cual se

habitúan a ubicar, anticipar, e internalizar las miradas, incluso “posando” para ellas con tal de producir el efecto apropiado (Bieger, 2012, pp. 675, 666). Por consiguiente, la percepción del propio cuerpo se enmarca en la mirada y prejuicios de la sociedad (Goffman, 1990, citado en Shilling, 2003, p. 75). La circulación de discursos que privilegian la apariencia, así como de significados e interpretaciones negativas sobre la gordura, transforma las miradas en actos de vigilancia que concientizan a los sujetos sobre su peso corporal.

Asimismo, la abundancia de imágenes sobre cuerpos y apariencias idealizadas, y su constante producción y exposición cuasi-panóptica, concientiza a los sujetos de su apariencia y presentación personal (Featherstone, 1982, p. 22), enseñándoles cuáles son los comportamientos y las apariencias socialmente esperadas (Bordo, 2003). Insertos en un mercado de la exposición y lo visual (Han, 2013), dominados por imágenes idealizadas, y vigilados por miradas panopticas, los cuerpos son compelidos a exponerse en múltiples y nuevos sitios donde presentar sus siluetas, a su vez incentivando la modificación de sí mismos de acuerdo a las prescripciones de apariencia (Bover, 2009, p. 32; Etkoff, 2011, pos. 2555; Featherstone, 1982, p. 22; Han, 2013, pos. 196).

Goffman denominó escenificación a la manera de presentar conscientemente al cuerpo ante un otro, pues los sujetos preparan y administran sus cuerpos para “ponerse en juego socialmente, según las circunstancias, a través de un modo de mostrarse y de un estilo” (Le Breton, 2002b, p. 81). Para Goffman, la realidad social “llega a ser del todo representacional” (Turner, 1989, p. 146). La preocupación por la apariencia se funda en la conciencia del sujeto sobre su codificación de significados respecto a su identidad y posición social, los cuales no sólo afectan el curso de las interacciones, sino que determinan la percepción que tienen los demás acerca de su ubicación en la sociedad. Desde esta perspectiva, los sujetos se ven motivados a mantener su escenificación para proteger su autoestima y evitar fracasos que devengan en su estigmatización (Turner, 1989, p. 145).

El cuerpo, dispuesto en el escenario social y a las miradas de un público crítico, es compelido a satisfacer las prescripciones sociales de apariencia, entre las cuales se sitúa la transformación del estado “natural” del cuerpo hacia el estado culturalmente esperado, mediante el trabajo corporal (Gimlin, 2002, p. 355). Este concepto refiere a las prácticas ejercidas sobre el cuerpo y su apariencia, dirigidas hacia su transformación según criterios dominan-

tes (Featherstone, 2010, p. 196; Kwan y Trautner, 2009, p. 50). Los sujetos incurren estratégicamente en formas de trabajo sobre sus propios cuerpos, motivados por obtener beneficios en las jerarquías sociales donde ciertos atributos de apariencia son valorizados (Kwan y Trautner, 2009, p. 50). Pero si bien la belleza es una ventaja en todas las esferas de la vida social, la penalización por la fealdad suele ser mayor (Etcoff, 2011, pos. 736). Probablemente sea por esta razón que el embellecimiento del yo mediante técnicas de modificación corporal es presentado por la cultura de consumo como una especie de imperativo (Featherstone, 2010, p. 195).

Por obra del saber/poder en torno al discurso dominante de belleza, el cuerpo “natural”, o carente de trabajo corporal, deviene insatisfactorio y estéticamente rechazado, dando lugar a una retórica de necesidad acerca de su modificación (Bordo, 1993). Incluso la idea de una apariencia “natural” ha sido colonizada por la modificación corporal, correspondiendo al producto de trabajos específicos sobre el cuerpo —maquillaje “natural”, operaciones estéticas normalizantes, eliminación de imperfecciones, etc.—, volviendo así a lo realmente natural en un no-natural, en necesidad de trabajo corporal (Bordo, 2003, p. xviii). De este modo, el cuerpo carente de trabajo corporal pasa a considerarse como desviado (Morgan, 1991, p. 28), en tanto cuerpo que elude su adecuación a las normas de correcta administración y embellecimiento del cuerpo, y que por ende, es a-normal. El cuerpo normal, en tanto adecuado a la norma, es el cuerpo que ha corregido la desviación al superar su condición natural. Según Pierre Bourdieu, los cuerpos más alejados de la condición de naturaleza corresponden a los cuerpos de las clases altas, cuyo uso “legítimo” del cuerpo es considerado un indicador moral, en contradicción al cuerpo natural, interpretado como evidencia de haberse “dejado estar” (1984, p. 193, citado en LeBesco, 2004, p. 58). Por otro lado, lo culturalmente definido como normal suele ser considerado una necesidad, y en el lenguaje cotidiano, lo normal equivale a lo natural (Turner, 1989, p. 54). La modificación corporal, entonces, se posiciona como una necesidad naturalizada, en tanto expectativa cultural de comportamiento, apariencia y exposición. La apariencia deviene un atributo formado y mediado socialmente, cuya condición como imperativo cultural incentiva a los sujetos a realizar elecciones conscientes e inconscientes de ajuste y adaptación (Cregan, 2012, p. 16). Esto remite a los cuerpos gordos, “anormales” y “dejados estar”, como cuerpos carentes de cultura, inmorales debido a su administración insuficiente, y anormales e indeseables por su

falta de adecuación a las expectativas sociales de apariencia. Así, y de acuerdo a lo argumentado hasta el momento, los sujetos perciben una presión estética para adecuarse socialmente, para ser percibidos positivamente, para beneficiarse estratégicamente, y para evitar ser sancionados por el estigma.

Maleabilidad

La ideología occidental de individualismo, elección, y libre voluntad sugiere la idea de que los cuerpos son entidades maleables (Kwan y Fackler, 2008, p. 2). Esto significa que, en el imaginario de la modernidad occidental, el cuerpo es subordinado a la voluntad individual, configurándolo como un “objeto que se moldea a gusto” (Le Breton, 2002a, p. 156). Susan Bordo plantea que este imaginario se compone de “fantasías de reordenamiento, transformación y corrección, una ideología de mejoramiento y cambios sin límites, desafiando la historicidad, la mortalidad, y, ciertamente, la materialidad misma del cuerpo” (2003, p. 245). A través de estas nociones, reunidas en el fundamental concepto de maleabilidad corporal, los sujetos son capaces de tolerar, e incluso aceptar la presión estética como una expectativa social negociable a través de la voluntad y el esfuerzo personal, dada la creencia en el control sobre el cuerpo, y la abundancia de imágenes idealizadas que indicarían que el ideal de belleza es alcanzable.

La cultura de consumo promueve la noción de que los cuerpos ideales son posibles de lograr (Featherstone, 1982, p. 22), incentivando una actitud instrumental y reflexiva hacia el cuerpo, que agudiza la identificación de imperfecciones, focos de preocupación, y modificaciones deseables (Featherstone, 2010, p. 207). El discurso de belleza, con su insistencia en esta idea de maleabilidad, y el discurso neoliberal, que enfatiza la agencia y el control personal, postulan al unísono que la belleza sería accesible a cualquiera mediante el esfuerzo y las elecciones de consumo correctas (Etcoff, 2011, pos. 985). En este sentido, los cuerpos ideales no sólo serían posibles, sino que son interpretados como logros que simbolizan esfuerzos personales (Bieger, 2012, p. 670), facilitados por la motivación personal y la disciplina (Brownell, 1991, citada en Kwan y Fackler, 2008), brindando un subtexto moral a la modificación corporal. El esfuerzo, el logro y las elecciones, fundan suposiciones sobre un cuerpo objetualizado y de un yo gobernable (Featherstone, 2010, p. 207), dando vida a un

imaginario del cuerpo como un plástico maleable que sería esculpido por la subjetividad, reproduciendo así la noción cartesiana del dualismo cuerpo/mente (Brush, 1998, p. 26).

La noción de que los cuerpos se supeditan al control de la razón altera completamente la forma en que los evaluamos, al reconceptualizar la apariencia como un reflejo de la voluntad y capacidad individuales. Entonces, la idea de maleabilidad, del cuerpo como un sitio de libertad de elección, se asocia a virtudes morales acerca de cómo deberían ser vividas las vidas (Gard y Wright, 2005a, p. 176; Nichter y Nichter, 1991, p. 253). Esto deriva en lo que Pippa Brush denominó retórica de la elección (1998), donde si bien los sujetos son considerados “libres” de elegir sus propios cuerpos, las elecciones incorrectas resultan en sanciones sociales. Se produce un juicio moral a partir de la creencia en la posibilidad de modificación corporal absoluta, y en la —ilusoria— igualdad de oportunidades para transformar el cuerpo mediante el esfuerzo, la fuerza de voluntad, y correcto consumo (Nichter y Nichter, 1991, p. 253). A partir de dichas ideas, quienes no logran adecuarse a la norma de delgadez; es decir, quienes eligieron mal, son interpretados como fracasos morales, faltos de voluntad, e incompetentes (Bordo, 2003, citada en Kwan y Fackler, 2008).

En tanto cuerpo inmoral, la gordura es propuesta como una corporalidad remediable, normalizable o “mejorable” (Bordo, 1993; Brush, 1998; Featherstone, 2010); es decir, como un conjunto de desviaciones, errores y falencias que pueden ser corregidas. La amplia existencia y disponibilidad comercial de técnicas de modificación corporal reconfiguran las marcas corporales como signos altamente visibles que pueden ser eliminados, y de no hacerlo, devienen en indicadores de negligencia (Bieger, 2012, p. 670). Así, la maleabilidad corporal, dominada por el imperativo de belleza y de consumo, niega la validez moral y estética de la existencia de la gordura, al reducirla a un producto de la negligencia individual: elegir mal las prácticas y consumos sobre el cuerpo, o simplemente no elegir y “dejarse estar”.

La gordura sería, entonces, un cuerpo caracterizado por la pereza, defectos de carácter, y otros significados negativos relacionados a esta idea del “dejarse estar” (Featherstone, 2010, p. 195). Tener un abdomen visible se vuelve indicativo de una conducta negativa respecto al cuerpo, producida por actos inmorales que expresan un mal carácter (Gard y Wright, 2005a, p. 175). Al respecto, la libre elección sobre la modificación corporal deviene en una responsabilidad de elegir correctamente (Brush, 1998, p. 37), dado que las posibi-

lidades válidas de elección respecto a la apariencia corporal están definidas de antemano. El aparente libre albedrío del individualismo corporal se reglamenta (Le Breton, 2002a, p. 68), y así, el deseo por el cuerpo ideal deviene en un régimen disciplinario que coacciona a los individuos a inscribir “voluntariamente” sus cuerpos de acuerdo a las normas sociales de belleza (Bordo, 2003, p. 247, citada en Brush, 1998, p. 24), donde yace una amenaza de sanción social en la vigilancia de quienes interpretan estética y moralmente a los sujetos a partir de sus cuerpos. Los sujetos son compelidos a realizar “libremente” lo que el neoliberalismo les plantea, ejerciendo deseos funcionales a la mercantilización y homogeneización de los cuerpos (Han, 2017, pos. 221).

El sujeto se vuelve (o es vuelto) dependiente del consumo como expresión estética y moral de agencia, en su búsqueda por gobernar al cuerpo maleable de acuerdo a los deseos que se le han inculcado. La conclusión lógica de este proceso, basado en la responsabilidad individual y la atribución de control, es la culpabilización de los sujetos por su peso corporal (Crandall, 1994, p. 884). Así, aparte de incentivar al consumo como medio para alcanzar lo inalcanzable, la promoción de la idea de maleabilidad corporal produce la culpa de existir en una corporalidad gorda, y la traslada al individuo, traducándose en disatisfacción corporal (Wann, 2009, p. ix). De hecho, las actitudes gordofóbicas que reproducen el estigma de las corporalidades gordas principalmente se basan en la percepción de controlabilidad del cuerpo gordo; es decir, en la idea de que la gordura es responsabilidad del individuo (DeJong, 1980 y Allison et al., 1991, citados en Crandall, 1994; Crandall et al., 2001; DeJong, 1993; Kurzban y Leary, 2001, p. 190). Por lo tanto, las ideas sobre la controlabilidad y maleabilidad corporal justifican los prejuicios y actitudes negativas que constituyen al estigma contra las personas gordas, al “percibir las como responsables de su suerte” (Puhl y Brownell, 2003, p. 216), o como portadoras de enfermedades controlables (Crandall y Moriarty, 1995).

El estigma, entonces, adquiere sentido a partir de ideologías de justificación, que corresponden a creencias que validan las actitudes negativas hacia las personas gordas, al reformular la gordura como un producto de la irresponsabilidad (Crandall, 2000, citado en Puhl y Brownell, 2003, p. 216). Entre ellas, se encuentra la creencia protestante de que el bienestar puede ser logrado por el trabajo duro y la auto-determinación, y que la condición negativa de los sujetos dependería directamente del esfuerzo invertido en ella (Crandall, 1994, p.

884), así como ideas relacionadas a la hipótesis del mundo justo, donde se cree que la gente obtiene lo que se merece, justificando las desigualdades sociales bajo los criterios individualistas del esfuerzo y la capacidad personal (Dion y Dion, 1987 y Lerner, 1980, citados en Puhl y Brownell, 2003, p. 216; Crandall, 1994; Crandall y Martinez, 1996).

De este modo, la estigmatización de las corporalidades gordas en la dimensión de la apariencia pareciera basarse en un conjunto de creencias íntimamente ligadas al capitalismo, donde los cuerpos, conceptualizados como reflejo de las elecciones, voluntades, deseos y capacidades de los individuos expresadas en sus signos y marcas corporales, corporeizarían el ajuste a normas sociales de deseabilidad mediante su apariencia. El desajuste, expresado en una apariencia indeseable, fea o no-bella, es explicado como falencias personales que en última instancia serían culpa del individuo. El estigma de la gordura representaría la inadecuación social a las prescripciones sociales de belleza, resumidas en la delgadez. Su rechazo social desde esta dimensión opera como medio para reproducir el privilegio de la belleza, marcar los límites de los ideales socioculturales mediante la exclusión y el rechazo de la diferencia, y producir una urgencia coercitiva —o temor— que incentive a la adecuación de patrones homogeneizantes de apariencia, que van de la mano con intereses mercantiles. Como veremos a continuación, estos procesos coinciden en múltiples niveles con los llevados a cabo en la dimensión de la salud, indicando un significado más profundo tras la estigmatización social de las corporalidades gordas.

Estigmatización de la gordura desde la dimensión de la salud

Los significados sociodiscursivos dan lugar a formas de percibir las corporalidades capaces de ver más allá de lo netamente físico. En esta segunda dimensión de análisis, concerniente al concepto de salud, veremos cómo los cuerpos son mirados, evaluados y diagnosticados desde una perspectiva capaz de reinterpretarlos bajo sus propios criterios de verdad, gobernando a las corporalidades y sus interpretaciones con tal intensidad que el tamaño corporal resulta estigmatizado como una patología de características epidémicas.

El cuerpo desde la biomedicina

La medicina es una institución social dominante, cuyo rol en la forma en que pensamos y vivimos nuestros cuerpos adquiere cada vez más relevancia (Lupton, 1997, p. 105). De acuerdo con Bryan Turner (1989), los regímenes médicos corresponden a gobiernos del cuerpo que despliegan directrices impuestas en pos del bienestar individual (Ibíd., p. 218), con el objetivo de imponer un “dominio técnico sobre la vida” (Ibíd., p. 113). Estos gobiernos institucionalizados del cuerpo han adquirido distintas formas a través de la historia. En las sociedades occidentales actuales, la institución médica dominante es denominada biomedicina, definida como un marco conceptual de origen cultural que describe e interpreta información biológica, usualmente clasificándola en categorías discretas de enfermedad (Ritenbaugh, 1982, p. 349). La biomedicina comprende el estado actual del saber médico, su práctica institucionalizada, sus aplicaciones políticas y económicas, y su influencia en la vida social (Crawford, 2006, p. 404). El dominio moderno de la biomedicina la constituye como un modelo médico hegemónico; es decir, como la forma dominante de pensar y practicar la (bio)medicina en occidente, así como de evaluar y corregir los cuerpos. El modelo médico hegemónico se impone como “la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender, y solucionar los problemas de enfermedad, legitimado tanto por criterios científicos como políticos” (Menéndez y Di Pardo, 1996, p. 59), y se caracteriza principalmente por su concepción mecanicista del ser humano, las “separaciones entre las partes de un todo, entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo”, y la creencia en la causalidad en desmedro de la subjetividad (Menéndez, 1988). Otras de sus caracte-

rísticas son el biologicismo, individualismo, positivismo, asistencialismo, actitudes de responsabilización y culpabilización, su ideal de normalización psicobiológica y corporal, su concepción de la enfermedad como diferencia, y finalmente, la mercantilización directa o indirecta de la salud y las enfermedades (Espinosa, 2013; Menéndez y Di Pardo, 1996). La cualidad hegemónica de este modelo médico permite referirnos a la “medicina” como un equivalente de bio-medicina.

La biomedicina ha sido interpretada por diversos académicos (e.g. Foucault, 1978, 2002; Crawford, 2000, 2006; Turner, 2002, 2008; Wright y Treacher, 1982) como “un sistema simbólico de creencias y un sitio para la reproducción de relaciones de poder, la construcción de subjetividad y la corporeización humana” (Lupton, 1995, p. 4). Dota a la cultura de definiciones, técnicas, representaciones, estadísticas, estándares, y otros medios de información que determinan nuestra experiencia y percepción de la realidad biológica y material de los cuerpos (Cregan, 2006, p. 13). En este sentido, las formas de interpretar, evaluar, intervenir, corregir y normalizar los cuerpos propias de la biomedicina, amparadas por su autoridad científica y política, devienen en un discurso médico que configura la interpretación dominante de los cuerpos. Este discurso médico es capaz de determinar las corporalidades gordas de manera negativa, y en su lugar, promueve una idea de corporalidad y comportamiento normativos, cuyas premisas, como veremos a lo largo del análisis de esta dimensión, reproducen el estigma de la gordura en distintos aspectos.

La medicina es practicada bajo influencias socioculturales que dan lugar a juicios, valoraciones, y creencias sobre lo que resulta socialmente deseable (Jutel, 2005, p. 120). A pesar de ello, algunos profesionales médicos insisten la neutralidad moral y la objetividad de su disciplina (Zola, 1972, p. 487), defendiendo la idea de que las categorías de enfermedad son construidas bajo criterios científicos y amorales (Turner, 1989, p. 259). Empero, cualquier revisión histórica sobre la práctica de la medicina revela su tendencia a patologizar y corregir todo tipo de conductas consideradas desviadas, tales como la histeria, el alcoholismo, la locura, la homosexualidad, la menstruación, y muchas otras, entre las cuales podríamos sumar la gordura.

La medicina es tan social como cualquier otra práctica. Por lo tanto, las categorías de enfermedad que produce no pueden sustraerse a otras categorías sociales que influyen su pro-

ceder, tales como criterios de discriminación, estereotipos, evaluaciones y moralizaciones, pues toda evaluación médica, en tanto práctica humana imbuida de influencias sociales, “en última instancia se constituye sobre algún tipo de evaluación cultural que va más allá de la mera descripción del estado de un organismo concreto” (Pedraz, 2007, p. 73).

La representación médica del cuerpo no es inocente, pues su capacidad de enlazar corporalidades a sistemas legitimados de producción de conocimiento (Urla y Terry, 1995, p. 5) es capaz de institucionalizar juicios sociales bajo criterios aparentemente científicos. De este modo, sus categorías supuestamente neutras pueden resultar cargadas de significados sociales, promoviendo involuntariamente códigos de evaluación y comportamiento éticos y estéticos sobre los cuerpos (Barreiro, 2004, p. 131).

Si la evaluación médica de un cuerpo puede hacer coincidir una categoría de enfermedad con categorías sociales, morales, u otros criterios clasificatorios, urge una revisión de los supuestos que condicionan a las corporalidades gordas como patologías, así como los efectos sociales de dicha reificación de la interpretación médica de los cuerpos. Las corporalidades gordas —quizás en mayor medida que otras corporalidades— son diagnosticadas médica, moral y estéticamente de manera simultánea, dado que el personal médico es incapaz de renunciar a los prejuicios, estereotipos, y criterios de evaluación estética que circulan en torno a la gordura, y que han internalizado (Davis-Coelho et al., 2000; Wiese et al., 1992; y Maroney y Golub, 1992, citados en Puhl y Brownell, 2003; Schwartz et al., 2003; Teachman y Brownell, 2001). El cuerpo gordo indica a la mirada médica una corporalidad patológica, negativa y problemática, aún cuando mediciones concretas nieguen la existencia de desorden o enfermedad (Murray, 2007, p. 367). Cargado de significaciones negativas, el cuerpo gordo, en tanto cuerpo estigmatizado, parece confesar algo profundo acerca de la subjetividad de las personas gordas: ya sea un comportamiento incorrecto, excesivo, inmoral, una desviación que produzca la desviación visible, constituyéndose a su vez como enfermedad biológica y social.

Medicalización de los cuerpos

A partir de la segunda mitad del siglo XX, el estudio del cuerpo se ha situado principalmente desde las ciencias médicas. El desarrollo académico y científico en torno al cuerpo desde

saberes científicos y racionalistas, que ignoran la relación entre los cuerpos y lo social al estudiarlo como objeto biológico, ahistórico y asocial, cimentó la idea del cuerpo como una entidad externa a la subjetividad (Turner, 1994, p. 18). Una “cosa entre las cosas” (Merleau-Ponty, 1999). La subsecuente ubicación del cuerpo como temática, patrimonio, objeto de conocimiento, y campo de acción principal de la medicina (Mol y Law, 2012, p. 153; Pedraz, 2007; Shilling, 1993) altera nuestra relación con los cuerpos a favor del discurso médico. La imagen que tenemos de nuestros cuerpos proviene de conocimientos biomédicos rudimentarios que hemos adquirido a través de nuestras experiencias con el discurso y prácticas biomédicas (Le Breton, 2002a, p. 84). En consecuencia, pensamos al cuerpo desde una óptica anatomofisiológica y patológica (Pedraz, 2007, p. 74), a partir de la cual “aprendemos a interpretarlo en términos de órganos, sustancias y estados (mórbidos) a la vez que naturalizamos la omnipresente intervención médica como práctica del bienestar” (Ídem). Así, el discurso médico ostenta un saber/poder que le autoriza a representar lo que son y lo que deben ser los cuerpos.

Las prácticas discursivas de la biomedicina colonizan al cuerpo como un territorio sobre el cual un poder externo —la medicina— clama su privilegio de gobernar (Frank, 2002, pp. 51–52, citado en Frank, 2016). La percepción biomédica domina la construcción de los significados corporales (Nettleton y Gustafsson, 2002), y su discurso y lenguaje se han posicionado como las herramientas estándares de comprensión del cuerpo (Fox et al., 2005, p. 6). En este sentido, la forma en que la medicina ve los cuerpos se extiende, volviéndose la forma en que los cuerpos son vistos por los demás.

La mirada médica es un modo activo de visión que posibilita la lectura de los cuerpos y la reconstitución de sus organizaciones inmanentes (Foucault, 2002, p. 122), trayendo a la existencia objetos sociales específicos; entre ellos, las categorías de enfermedad (Armstrong, 1997, p. 21). Esta mirada interpreta discursivamente al cuerpo como un objeto anatómico, en cuya constitución biológica son reconocidas desviaciones interpretadas como enfermedades, y por consiguiente, le siguen diagnósticos, prognosis, prescripciones y tratamientos. En otras palabras, el cuerpo es re-territorializado, a través de la mirada, hacia el dominio de la medicina, donde los profesionales médicos claman su autoridad para explicar y corregir los cuerpos. La (re/des)territorialización (Deleuze y Guattari, 1994) es un proceso activo entre un agente y un objeto, donde el primero, amparado en un determinado dis-

curso dotado de fuerza social, es capaz de reconfigurar el estado del segundo, adscribiéndole significados y relaciones causales, posicionándolo bajo un determinado rol, categorizándolo, y/o reinterpretándolo (Fox, 2002, p. 353). Al ser territorializados por el discurso y prácticas de la biomedicina, los individuos son vueltos pacientes, los profesionales en cuanderos, y la condición o malestar en enfermedad (Fox, 2011, p. 363). El cuerpo es redefinido con un foco en sus aspectos anatómicos, como un proyecto inconcluso, y como un sujeto mediado por nociones de salud y enfermedad (Fox, 1998, 1993, 2002, citados en Lup-ton, 2003a, pp. 23–24). Entonces, la mirada médica remueve a las corporalidades de cualquier otro marco conceptual, y las ubica en el territorio de lo médico, a partir de la diseminación de una interpretación discursiva de los cuerpos que los condiciona al diagnóstico y a su normalización, a su vez visibilizando a la gordura como una enfermedad del cuerpo en vez de una mera marca. Esto determina las posibilidades de ser de las personas gordas al colonizar médicamente sus cuerpos, determinándolas como cuerpos desviados, enfermos, obesos, irresponsables y en riesgo.

La territorialización biomédica consta de un poder particular, pues es capaz de definir completamente las corporalidades como cuerpos-con-órganos que ceden su agencia a la institucionalidad y práctica médica. Supeditando a los cuerpos al control médico, la biomedicina constituye una hegemonía sobre la definición del ser y el deber ser de los cuerpos, apropiándose dentro de su jurisdicción y gobierno, dando lugar a una relación de dependencia institucional de la cual el individuo difícilmente puede escapar (des-territorializarse), pues este proceso definatorio de los cuerpos disminuye la totalidad de alternativas de ser disponibles en los ensamblajes corporales (Fox, 2011, p. 367). En otras palabras, la biomedicina impide el surgimiento de conceptualizaciones alternativas sobre los cuerpos que pretendan escapar o desafiar al discurso médico. La gordura, entonces, deviene rígidamente colonizada como una corporalidad enferma y desviada, viéndose truncada cualquier posibilidad de pensar la gordura de otra forma, ya sea como un tipo de cuerpo tolerable o incluso vivible. Por ende, el discurso médico reproduce el estigma de las corporalidades gordas al determinarlas en un modo único de ser; es decir, como una configuración de ensamblaje mod(o)ificada como un determinado objeto (Bennet, 2010, p. 22) por la medicina, imposibilitando otras alternativas de ser.

La colonización médica no es un fenómeno único a los cuerpos. La tesis de la medicalización de la sociedad sostiene que la vida y los problemas sociales están siendo tratados cada vez más frecuentemente como problemas médicos, usualmente rearticulándolos en términos de enfermedad (Conrad y Schneider, 1992b, p. 209). Según Irving Zola (1983, p. 295), la medicalización es el proceso en que la vida cotidiana es absorbida paulatinamente por la influencia, supervisión y dominio de la medicina. Esto provoca que algunos problemas y comportamientos humanos sean definidos como problemas médicos o enfermedades, y por consiguiente, introduciéndolos a la jurisdicción de la medicina a través de su disposición al tratamiento médico (Conrad, 1975, p. 12; Conrad y Schneider, 1992b, p. 210).

El proceso de medicalización de la vida social consiste en: (1) definir un problema humano en términos médicos, (2) describirlo usando lenguaje médico, (3) comprenderlo mediante un marco médico, y/o (4) intervenirlo a través de tratamientos médicos (Conrad y Schneider, 1992b, p. 211).

Al respecto, resulta evidente que el proceso de colonización de las corporalidades gordas bajo el discurso médico acontece como un proceso de medicalización de la gordura. (1) En lugar de ser considerada parte de la diversidad corporal humana, la gordura es definida como una desviación a la norma que constituye un problema de salud individual, requiriendo de atención y cuidados médicos. (2) La gordura es descrita a través del IMC, medición que permite su categorización como sobrepeso y obesidad; los cuales son términos médicos que reconceptualizan la variedad biológica y corporal en categorías fijas que reflejan riesgo y enfermedad, patologizando la apariencia corporal. (3) El sobrepeso y la obesidad son comprendidas médicamente como cuerpos causados por factores genéticos, psicológicos, conductuales y ambientales, atribuidos al riesgo de sufrir enfermedades como diabetes, hipertensión, cáncer, y enfermedades cardiovasculares; mientras que su interpretación como condición o enfermedad abre la posibilidad de corregirlas médicamente. (4) Finalmente, el sobrepeso y la obesidad son tratadas mediante intervenciones que buscan normalizar los factores causales identificados, ya sea mediante la corrección de comportamientos del sujeto, o la intervención directa del cuerpo biológico.

De estas formas, las vidas de las personas gordas son remitidas a los designios de institución médica, siendo des-territorializadas de su existencia como cuerpos diferentes debido a

la existencia de una marca corporal que los estigmatiza como cuerpos desviados, para ser reterritorializados como cuerpos enfermos en necesidad de normalización.

Peter Conrad Conrad y Joseph Schneider (1992b, p. 221) plantean a la expansión de la jurisdicción de la categoría médica como uno de los factores de la medicalización social, en tanto los saberes médicos y su experticia empiezan a abarcar campos sociales previamente no-medicalizados (Boero, 2007, p. 52; Clarke et al., 2003). La creciente relevancia de la salud biomédica en diferentes esferas de la vida social expande el poder profesional e institucional de la medicina hacia nuevos fenómenos sociales (Crawford, 2006, p. 403), dotando al discurso médico del poder para transformar problemas sociales en enfermedades (Lupton, 1997, p. 99). En consecuencia, todo aquello que sea categorizado como enfermedad se vuelve parte de la jurisdicción de la medicina, independientemente de la efectividad médica para curar la desviación patologizada (Crawford, 1980, p. 370; Freidson, 1970; citado en Zola, 1972, p. 492).

La expansión del rango de fenómenos relacionados a la salud produce un aumento del poder institucional y profesional de la medicina, a su vez permitiéndole rechazar otras fuentes de autoridad sobre aquello que plantea como su jurisdicción (Crawford, 2006, p. 403). Actualmente, la medicina ha incorporando el rol de regulación social que históricamente había sido desempeñado a través de la criminalización y la noción de pecado (Turner, 1987; Zola, 1972, p. 487). Por obra de la medicalización, los problemas sociales son interpretados como “patologías sociales” (Turner, 1994, p. 18), y las desigualdades sociales son explicadas metafóricamente como enfermedades (Lupton, 1997, p. 96). Más aún, la medicina se ha superpuesto a la ética de la actividad humana, la estética de las siluetas corporales, y la experiencia misma del cuerpo, trayendo dichos ámbitos de la existencia humana hacia el dominio de la salud (Pedraz, 2007, p. 74). Los cuerpos, comportamientos, y apariencias humanas hoy se interpretan médicamente, aumentando el poder e institucionalización del discurso médico. Ello afecta directamente a las corporalidades gordas, al fijar su apariencia, su estilo de vida, e incluso su existencia como evidencias de patología. La medicina ha logrado extenderse más allá de sí misma, produciendo la normalización y patologización de los cuerpos como fenómenos sociales que fuerzan a los cuerpos gordos a “confesar su patología, su fracaso social, y su afrenta a la estética” (Osborne, 1998, citado en Murray, 2012, p. 87).

Todo lo anterior implica la reconstrucción prácticamente total de la corporalidad gorda en términos biomédicos. El paradigma médico ha determinado históricamente la forma en que entendemos y experimentamos los cuerpos en base a sus saberes y prácticas (Foucault, 2002), constituyendo a los cuerpos y sus subjetividades mediante sus técnicas y objetivos de investigación culturalmente situados (Lupton, 1997, p. 98; Urla y Terry, 1995, p. 3). Esta construcción médica del cuerpo provoca que nuestra capacidad de experimentar y teorizar los cuerpos se encuentre inextricablemente medicalizada (Frank, 1990, p. 136).

Basándose en sus propios criterios para comprender lo que son y deben ser los cuerpos, el discurso médico los percibe como entidades biológicas constituidas por piezas fragmentadas y rearmadas (Shildrick, 2008), o bien como conjuntos de órganos reparables (Elias, 1985, pp. 89–91; Pedraz, 2007, p. 74). Esto trae a la mente la imagen de un cuerpo como máquina, cuyas partes pueden ser intervenidas de manera independiente, intercambiadas, e incluso mejoradas. Considerando al ser como una máquina, se reproduce el dualismo cartesiano que separa al cuerpo en un polo inferior, y a la mente, la conciencia y la subjetividad en otro polo jerárquicamente superior (Le Breton, 2002a, p. 198; Menéndez, 1988).

Dados los riesgos y enfermedades que aquejan a estas entidades, los cuerpos se sumen bajo una necesidad recurrente de reparación (Murray, 2007, p. 361), justificando la necesidad de vigilancia constante como método de prevención (Castiel y Álvarez-Dardet, 2007; Gard y Wright, 2005a; Wright, 2012). Lo anterior, sumado a la comparación médica de los cuerpos ante ideales de normalidad (Costa, 2008; Crawford, 1980; Ratner, 2017), ubica a los sujetos en una relación de dependencia ante una administración, comportamientos, y cuidados corporales específicos (Ayo, 2012; Conrad, 1994; Gard y Wright, 2005a; O'Brien, 2005). El ejercicio de estas prácticas de cuidado de la salud resulta clave, pues para el discurso médico, los individuos cargan con la responsabilidad individual —e incluso con el deber— de mantenerse saludables y dentro de los márgenes de normalidad (Ayo, 2012; Clarke et al., 2003; Crawford, 1977, 1980, 2006; Harris et al., 2010; Sparke, 2016; Wiest et al., 2015; Wyatt et al., 2010).

Estos criterios biomédicos acerca de la conceptualización de los cuerpos cooptan nuestra percepción, fundamentando la simultánea interpretación y determinación de los cuerpos gordos como corporalidades que pueden y deben ser corregidas. Los cuerpos gordos serían

compuestos de “partes” problemáticas, poseedores de falencias reparables, en severa necesidad de mejoramiento, producidos por una conciencia irracional e incapaz de controlarse a sí misma, ejemplos encarnados del riesgo de enfermedad, evidentemente imperfectos, desviados física y conductualmente, resultado del “dejarse estar” (Hartley, 2001) o la ausencia de administración y cuidados que los tacha como ciudadanos irresponsables, y como un fracaso respecto del ideal de salud. En función de la cualidad hegemónica del discurso médico, estos criterios de percepción de las corporalidades gordas son reconocidos y validados como naturales e inherentes al cuerpo, validando el rechazo a la gordura bajo un velo institucional y cientificista, y volviéndose vehículo para la validación de prácticas de corrección y sanción (Crawford, 2006, p. 404).

Construcción social de la enfermedad

Las enfermedades existen como realidades biológicas comunes a la fisonomía humana, pero son experimentadas e interpretadas mediante procesos culturales y sociales que dotan de significado a dicha biología (Lupton, 2003b, p. 14). El cuerpo es capaz de sentir de manera material, pero es a través de la sociedad, y principalmente del lenguaje, que esta materialidad se torna interpretable. A partir del siglo XIX, la preocupación médica por lo considerado “normal” da lugar a la consideración de la enfermedad como desviación de normas estadísticas (Lawrence, 1994, citado en Bury, 2001, p. 266). En el paradigma biomédico contemporáneo, las afecciones de salud suelen describirse como aberraciones, disfunciones, fallas y anomalías de determinados ideales anatomofisiológicos, determinando de este modo a la enfermedad como una desviación respecto de estándares normativos o estados corporales considerados normales (Jutel, 2005, pp. 120–121).

Bryan Turner (1989, p. 222) destaca que la relevancia sociológica del concepto de enfermedad yace en su relación con los binarios naturaleza y cultura, individuo y sociedad, y mente y cuerpo. El autor sostiene que “la enfermedad puede ser considerada como conducta desviada, pero se halla fuertemente estructurada por las categorías culturales que legitiman o normalizan la desviación como condición médica” (Turner, 1989, p. 222). La noción de enfermedad como desviación ha sustentado gran parte de la teorización sociológica sobre la medicina a la fecha (Williams, 1998, p. 436). Desde el interaccionismo simbólico, la enfermedad es una forma de desviación estigmatizada, y que por consiguiente devalúa al in-

dividuo (Turner, 1989, p. 284). Desde el funcionalismo, la enfermedad también es interpretada como una desviación de la normalidad, en tanto fracaso respecto de las expectativas y normas sociales (Conrad y Schneider, 1992b, p. 215; Lupton, 2003b, p. 7).

Al ser interpretado por la biomedicina, el estado o condición de desviación de la normalidad biológica resulta patologizado; es decir, adquiere una nueva significación que agrupa a los sujetos que comparten dicho fenómeno, cuya realidad física es categorizada y ordenada, adjudicándose estrategias preventivas y curativas para su tratamiento (Jutel, 2006, p. 2268). Cheryl Ritenbaugh (1982) problematiza este proceso cultural en que la biomedicina construye categorías de enfermedad a partir de la organización de datos provenientes de mediciones biológicas.

En tanto marco conceptual culturalmente producido para la interpretación de dichos datos, la biomedicina clasifica estos continuos de información acerca de los cuerpos y sus diferencias en categorías biomédicas discretas, algunas de las cuales son consideradas aceptables, mientras otras son consideradas enfermedad (Ritenbaugh, 1982, p. 349). La definición de rangos considerados “normales” o aceptables, en contraposición a los rangos definidos como patológicos, constituyen a estos últimos como desviaciones de normas sociohistóricas, las cuales, a pesar de los sostenidos avances nosológicos, siguen siendo fundamentalmente inestables (Steen y Thung, 1988, p. 88, citados en Jutel, 2005, p. 120).

Por otro lado, las desviaciones sociales, entendidas como violaciones de normas y conductas que producen una reacción social negativa (Meier, 1981, p. 4), han sido históricamente somatizadas, clasificando así a los sujetos desviados en categorías biológicas representadas por sus diferencias corporales (Ettorre, 1998, p. 549). La clasificación de la desviación social a partir del cuerpo, y la comprensión del cuerpo enfermo como desviado, hacen coincidir las dimensiones de lo social y lo médico, produciendo como consecuencia la organización de las relaciones sociales en categorías opuestas de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad (Terry y Urla, 1995). En este sentido, los sujetos sanos son normales, los sujetos insanos o enfermos son anormales, y viceversa, dando lugar a una patologización de la desviación, o la idea que relaciona el comportamiento desviado con la enfermedad (Conrad y Schneider, 1992a, p. 261).

A partir de estas nociones, se da lugar a la clasificación de ciertas conductas y apariencias bajo la etiología de enfermedades, o bien, a su sintomatización. Recordemos que, coloquialmente, los sujetos desviados e indeseables son llamados “enfermos” (Conrad y Schneider, 1992a, p. 265), dotando de autoridad médica al prejuicio social. Como parte del proceso de medicalización social, la legitimidad del poder médico para administrar los desequilibrios orgánicos se extiende hacia la administración del desorden social (Turner, 1989, citado en Pedraz, 2007, p. 73). En efecto, la expansión de la medicina ha provocado la tendencia a atribuir etiquetas médicas patologizantes a cualquier tipo de desviación (Illich, 1976, párr. 10), quizás como forma de volver inteligible la diferencia, el desajuste y la desigualdad social a través del prisma biomédico. Así, el uso de etiquetas médicas en el lenguaje del día a día —tales como “sobrepeso”, “obesidad”, “mórbido”, entre otras— tienen la función de dotar de credibilidad a los juicios estéticos y morales (Gard y Wright, 2005a, p. 178).

Desde el pensamiento de autores como Erving Goffman y Howard Becker, la obesidad puede ser interpretada como un marcador o etiqueta que indica desviación y transgresión de normas sociales (Giacoman, 2013, p. 44). La desviación social deviene identificable mediante marcas corporales de desviación, que serían indicativas del carácter moral enraizado en el cuerpo, y en cuanto tales, operan como fundamento de ficciones políticas y sociales acerca de los cuerpos otrorizados (Urla y Terry, 1995, p. 1), constituyendo a su marca como un estigma. Jennifer Terry y Jacqueline Urla (1995, p. 2) denominan a esta idea desviación corporeizada, donde la creencia en la corporeización de la desviación social es interpretada socialmente como la manifestación del comportamiento desviado en la materialidad de los cuerpos, en la forma de marcas corporales que pueden ser interpretadas como causa o efecto. La gordura, como corporalidad médicamente desviada, es interpretada a su vez como una desviación social y moral manifestada en el cuerpo, a partir de la que se presuponen una serie de comportamientos médicamente indeseables que darían lugar a su marca corporal estigmatizada. De este modo, el cuerpo gordo es interpretado como una corporalidad marcada por su pertenencia a los polos negativos de los binarios de salud y normalidad (Etter, 1998, p. 549).

Finalmente, la denominación médica de la desviación social; es decir, el reconocimiento de una explicación biológica para la existencia de sujetos desviados, pone a estos sujetos bajo

el control institucional de la medicina, explicando la etiología de la desviación biológica a partir de la desviación social en sí misma (Illich, 1976, p. 118, citado en Crawford, 1980, p. 370). La gordura, como conducta somatizada que implica la transgresión de normas sociales y médicas, resulta clasificada como una desviación conductual medicalizada (Conrad y Schneider, 1992b, p. 213).

Con el advenimiento de la sociedad medicalizada, en las cuales la vida social se encuentra bajo el dominio, supervisión e influencia de la medicina (Zola, 1983, p. 295), la institucionalidad médica adquiere un rol crucial en la normalización de la vida social, al definir las conductas y condiciones saludables e insalubres (Crawford, 2006, p. 404). La enfermedad, o mejor dicho el riesgo de enfermedad, se vuelve omnipresente en función de la creciente lista de actividades consideradas inapropiadas o insalubres (Bury, 2001, p. 275; Zola, 1972, p. 498).

Los riesgos de enfermedad suelen ser diagnosticados y tratados como si fueran enfermedades, llevando la práctica médica preventiva al extremo de patologizar el presente a partir de un temor sobre el futuro (Castiel y Álvarez-Dardet, 2007, p. 464). Entonces, los riesgos de salud se anticipan incluso en personas asintomáticas, volviendo más importante a la interpretación del experto que la propia percepción del sujeto/paciente (Nelkin, 2003, p. viii, citada en Gard y Wright, 2005a, p. 170). Si bien el sobrepeso y la obesidad conllevan riesgos de salud, sucede que hasta los sujetos que no califican en estas categorías son informados del riesgo inescapable de subir de peso y devenir gordo, produciendo temor e inseguridad. Las constantes advertencias sobre los riesgos de salud y del peso corporal a los que nos enfrentamos diariamente —manifestaciones de la medicalización de la vida cotidiana— influyen la forma en que nos comportamos en pos de evitar las potenciales enfermedades (Lupton, 1997, p. 101). La constante presión mediática, médica, y de pares sobre el peso corporal, principalmente a través de la etiqueta médica del sobrepeso, imposibilita que los sujetos puedan considerarse en buena condición de salud debido a la patologización del riesgo (Davies, 1998, p. 149, citado en Gard y Wright, 2005a, p. 181).

Bajo la presión de mantenerse saludables aún en ausencia de enfermedad, los sujetos se tornan potencialmente enfermos, intensificándose las expectativas sociales de comporta-

miento en pos de la prevención, así como las normas de comportamiento que minimicen los riesgos de salud (Crawford, 1980, p. 379).

En el proceso de delimitación de conductas saludables e insalubres, o deseables e indeseables, enmarcado en la medicalización social de la vida, el riesgo se transforma en una herramienta neoliberal dirigida a regular al cuerpo (Lupton, 1999, p. 90, citada en Ayo, 2012, p. 103), pues la exageración popular y mediática de los riesgos de salud relacionados a la gordura provoca inseguridad y preocupación en la población sin importar su peso corporal. Se da lugar a la proliferación de prácticas preventivas amparadas bajo el discurso médico, tales como las dietas, fármacos reductivos, rutinas de ejercicios, productos light, cirugías, etc. Éstas resultan imbuidas de evaluaciones morales, en tanto se trataría de prácticas eminentemente positivas de acuerdo a los discursos médicos y de belleza.

La medicalización de la prevención da lugar a la idea de responsabilidad personal por el futuro individual, bajo el supuesto de que dicho futuro sería administrable por la agencia (Illich, 1976, párr. 47); ya sea en la forma de voluntad personal, esfuerzo, o capacidad de consumo para incurrir en las prácticas preventivas. De hecho, las dietas tienen el efecto “terapéutico” de demostrar a la cultura que el sujeto reconoce y acepta esforzadamente las normas sociales de comportamiento respecto de su salud y apariencia individual (Ritenbaugh, 1982, p. 353). Por lo tanto, el desacato de las expectativas sociales de prevención; es decir, de las prácticas disciplinares de salud y adelgazamiento que constituyen a la medicina preventiva —y, coincidentemente, al ideal de belleza— simbolizarían la irresponsabilidad social e individual de los sujetos bajo implicancias morales (Crawford, 1980, p. 380); es decir, indicando a un sujeto incapaz de cuidar de sí mismo ante los riesgos de salud publicitados socialmente.

El estigma de la gordura suele basarse en el rechazo a corporalidades supuestamente producidas por la incurrancia voluntaria en los factores de riesgo o conductas insalubres e indeseables. Dichas conductas podrían ser resumidas en el sedentarismo, la falta de control sobre sí mismo, la indulgencia, la flojera, y el sobre-consumo. Sin embargo, lejos de tratarse de conductas “desviadas”, estos comportamientos resultan normativos en la cultura occidental moderna; es decir, son practicados por una mayoría de la población en la forma de normalidad patológica (Ratner, 2017). El problema yace en que el rechazo social de estas

conductas sólo acontece al manifestarse somáticamente como la marca corporal de gordura a través del aumento de peso, y asimismo, en el temor de subir de peso debido a la omisión de las prácticas disciplinares de la salud y la delgadez (Olea, 2017, p. 317). El rechazo de la gordura, entonces, posee fundamentos lógicos basados en información médica, pero se hace manifiesto sólo en la presencia estigmatizada de este tipo de cuerpo.

La crítica a la gordura ha superado los límites de la moralidad y la estética, volviéndose foco de la biomedicina (Gard y Wright, 2005a, p. 178), pero más aún, ha llegado a ser considerada una enfermedad del cuerpo biológico y social (Rice, 2007, p. 158). Su urgencia como problema social es derivada directamente del grado de su medicalización, así como de la abundancia de métodos de intervención disponibles (Boero, 2007, p. 57). A su vez, su medicalización surge como parte de la tendencia —propia del siglo XX— de medicalizar lo otrora considerado moral (Levenstein, 2003, citado en LeBesco, 2011, p. 155; Sobal, 1995, citado en Giacoman, 2013, p. 43). La patologización de la gordura, en tanto percepción médica negativa de la misma, opera como un estrato más entre las suposiciones morales, históricas, y culturales sobre la gordura que la anteceden (Boero, 2007, p. 46). Estas interpretaciones pre-científicas sustituyen las representaciones mediáticas y populares del rechazo científico a la gordura (Boero, 2007, p. 53), sobreponiéndose a través de su legitimación en el discurso médico. A su vez, los recursos médicos otorgan veracidad a las evaluaciones estéticas y morales que rechazan la gordura (Gard y Wright, 2005a, p. 178).

En conjunto, la patologización de la gordura ha producido el refuerzo de un estigma que tiene orígenes eminentemente morales, estéticos, e incluso religiosos, sustentando dichas interpretaciones a través de un discurso médico que las actualiza a los regímenes de verdad modernos. La patologización opera como la base racional, científica, y “objetiva” a la que se puede recurrir como una estrategia políticamente correcta de rechazo social a la gordura, en caso de que las otras fuentes de estigmatización sean cuestionadas. De esta manera, el rechazo moral, social y estético de las corporalidades gordas se escuda tras el juicio médico, validando moralmente a la estigmatización al hacerla pasar como una preocupación genuina por la salud del otro (LeBesco, 2011, p. 161). El estigma contra la gordura resulta reforzado por las categorías científica y moralmente validadas de la gordura como enfermedad, sumándose así a los demás criterios de estigmatización, como la indeseabilidad, desviación social, pecado, y la fealdad.

Salud y control social

En sociedades medicalizadas, la vida pareciera reducirse a un problema de salud, y a su vez, la salud pareciera volverse un fin en sí mismo, que absorbe simbólicamente y subordina a otras experiencias capaces de dotar de sentido a la vida de los individuos (Crawford, 1980, p. 381). La salud mantiene una presencia en múltiples etapas de nuestras vidas, incluyendo aspectos íntimos de nuestra experiencia cotidiana, e incluso sobre nuestros hábitos de consumo y nuestra apariencia corporal, hasta lograr condicionar nuestro bienestar subjetivo. Se ha vuelto similar a una búsqueda por la inmortalidad, la explotación de una perfección potencial, o un indicador de estatus que representa la responsabilidad y dignidad del ciudadano saludable (Cheek, 2008, p. 974).

A menudo, la salud es entendida como una categoría relacional u oposición binaria, cuyo opuesto es la enfermedad (Cregan, 2012, p. 110). Pero sus significados sociales e implicancias no se reducen a esta oposición fundamental. A grandes rasgos, Robert Crawford (2006, p. 404) describe la salud como una fijación cargada de significados y emociones, una meta, una fuente de ansiedad, un valor para el yo y los otros, un factor integral para la identidad, un estado de continua evaluación, y un concepto que organiza la acción social (Crawford, 2006, p. 404). La salud es, paradójicamente, un deseo y una responsabilidad individual y colectiva (Cheek, 2008, p. 974), reflejando definiciones e ideales acerca del destino de los individuos, la naturaleza humana, y el futuro de la sociedad (Buchanan, 2000, citado en Castiel y Álvarez-Dardet, 2007, p. 462; Robertson, 1998, citado en Wyatt et al., 2010).

Pero también, la salud es un concepto simultáneamente individual y colectivo, presente y futuro, condición y deseo. Su naturaleza multidimensional implica su contingencia socio-histórica, y por consiguiente, su susceptibilidad a la influencia ideológica. Definir al concepto de salud involucra recurrir a significados sociales vigentes, tales como los imperativos neoliberales de autocontrol, disciplina, voluntad y responsabilidad individual, entablando una cierta equivalencia entre la salud del individuo y la salud de la organización actual de la sociedad (Crawford, 1993, p. 137). En este sentido, el estado de salud de los individuos modernos se caracteriza por su coincidencia con las expectativas sociales dominantes acerca de los cuerpos (Crawford, 1980, p. 382). La búsqueda de la salud resulta, entonces,

en una práctica corporeizada y una performance moral, a través de la cual los cuerpos se vuelven “viables” al legitimarse social y culturalmente (Williams, 1998, p. 437).

Al respecto, la medicina ha adquirido un rol central en la definición de la noción de normalidad, al combinar la pregunta científica sobre quiénes somos como individuos y especie, con la pregunta ética sobre cómo debemos comportarnos (Rose, 1994, p. 67, citado en Lupton, 1997, p. 100). En este sentido, el peso normal tiene múltiples acepciones: puede referir al peso más común entre los miembros de una comunidad, al peso que se corresponde con la naturaleza del individuo, o al peso que se encuentra dentro de un parámetro preestablecido (Giacoman, 2013, p. 262). Por otro lado, el peso anormal correspondería a la oposición del peso normal, lo cual, dada la ambivalencia de la definición de “lo normal”, puede referir a pesos inusuales o patológicos que reciben connotaciones negativas (Ibíd., p. 331). Ambos criterios proponen un deber ser sobre las características físicas y conductuales de los cuerpos, en torno a una norma determinada.

Siguiendo a Deborah Lupton (1995), entendemos que la salud y la medicina constan de elementos coercitivos, que pretenden normalizar el comportamiento humano de determinadas maneras (1995, p. 9). Entendemos como normalización al establecimiento de saberes, disciplinas y técnicas que inculcan a los individuos las conductas consideradas socialmente deseables (Gane y Johnson, 1993, p. 6, citado en Lupton, 1995, p. 9). El discurso médico, entonces, delimita comportamientos mediante la prescripción de lo saludable. Lo socialmente deseable se constituye como criterios acerca de la condición biológica del sujeto —la ciencia del quiénes somos— y criterios sobre los comportamientos considerados médicamente como saludables —la ética del cómo debemos comportarnos—. Estos criterios pueden determinarse en base a frecuencias estadísticas científicamente validadas —como el peso—, o estados ideales imaginarios contextualizados culturalmente —como el ideal de delgadez— (Pedraz, 2007, p. 73). Dichos criterios de comportamiento socialmente considerados como normales producen, lógicamente, tipos de sujetos privilegiados en virtud de su adscripción a estas normas médicas. Es en función de estos sujetos privilegiados —en nuestro caso, los cuerpos delgados— que el resto de los sujetos se comparan en pos de evaluar su normalidad relativa (Lupton, 1995, p. 10).

La idea de la existencia de cuerpos normales, o en términos biológicos, cuerpos genéricos, produce la existencia de cuerpos anormales, interpretados médicamente como cuerpos en necesidad de normalización. Entonces, la medicalización de la noción de normalidad respecto al peso corporal da lugar a la estigmatización de los sujetos que se encuentran fuera de los criterios dominantes de normalidad (Sobal, 1995). En este sentido, los cuerpos gordos, en tanto anormales, devienen cuerpos otros, contrapuestos a los cuerpos privilegiados en vista de su estigma que los otroriza. Los cuerpos son subordinados a un conjunto de normas que los organiza en binarios de salud/patología, privilegiado/marginalizado, y normalidad/desviación, cartografiando un entramado conflictivo de relaciones sociales oposicionales, codificadas y enactadas en los cuerpos (Urla y Terry, 1995, p. 4). Por obra de los discursos que configuran los significados asociados a los cuerpos gordos, principalmente los discursos médico, de belleza, y neoliberal, las corporalidades gordas resultan clasificadas en los polos negativos de estos binarios, organizando socialmente a los sujetos en base a la codificación de su estigma corporal.

Las personas gordas pasan a ser consideradas incompatibles con las prescripciones normativas de salud, tales como la búsqueda del mejoramiento individual, la capacidad de autorregulación, y la búsqueda de la felicidad y lo saludable (Lupton, 1995, p. 11). Este constructo prescribe no sólo la normalización física y biológica de sus cuerpos, sino también, la corrección disciplinar y biopolítica de sus comportamientos y deseos, asociando las prácticas de normalización a la emergencia de una determinada gubernamentalidad (Foucault, 1991, citado en Lupton, 1995, p. 9).

Disciplina

El discurso médico considera al cuerpo como el sitio donde la disciplina y el control se expresan de forma física (Lupton, 2003a, p. 40). En este sentido, la condición de salud es considerada un aspecto de la experiencia individual sobre el cual se requiere tomar control (Crawford, 1980, p. 365). El control, la disciplina, la negación del yo, y la fuerza de voluntad serían, entonces, algunos de los componentes de la definición de salud contemporánea (Crawford, 1993, p. 134). El dominio del yo, entendido como el control cartesiano de la mente sobre el cuerpo, se vuelve un requisito para emprender una vida saludable, y en este sentido, la enfermedad sería identificada como la falencia en la que el cuerpo se sobrepone

a la mente (Greco, 1993, citada en Lupton, 1995, pp. 8-9). Este imperativo de control en virtud de la vida saludable promueve la idea de que la solución de los problemas de salud se encuentra dentro del control personal (Crawford, 2006, p. 408), equiparando la salud a un objetivo necesario de lograr voluntariamente (Crawford, 1993, p. 135). De acuerdo a estas nociones, la gordura representaría una pérdida del control sobre el cuerpo, causada por la irresponsabilidad individual, derivando en una culpa asociada a la falta de voluntad o incapacidad de gobernarse a sí mismo —en nombre de la salud y la estética— a partir de las prescripciones que norman las prácticas y placeres del cuerpo.

Según lo anterior, la disciplina surge como otro de los requerimientos de la salud (Crawford, 1993, p. 134). Ser una persona saludable implica incurrir voluntariamente en las prácticas que constituyen la salud normativa; es decir, disciplinar al cuerpo bajo imperativos médicos guiados por el interés personal de lograr la condición de salud (Lupton, 1995, p. 11). En la modernidad, los regímenes disciplinarios se introducen a las vidas y los cuerpos, interviniéndolos en pos de la vitalidad biológica (Guthman y DuPuis, 2006, p. 443). En tanto la salud equivaldría a la adecuación del sujeto respecto de imperativos sociales médicos, los cuerpos normativamente saludables devienen a su vez cuerpos dóciles; es decir, cuerpos discursivamente inscritos para corporeizar convenciones morales, políticas y sociales (Carolan, 2005, p. 98), que en este caso coinciden con las prescripciones del discurso médico. Estas convenciones acerca de lo que constituye lo saludable son llevadas a cabo por los individuos mediante prácticas disciplinares de cuidado de la salud, la belleza y el fitness (Crawford, 1993, p. 138). Así, los sujetos internalizan la necesidad de incurrir en prácticas corporales que se adecúan a las normas de la salud biomédica como deseo, operando de acuerdo a las expectativas de normalidad del discurso médico, el cual ha desplegado saberes acerca de las conductas saludables e insalubres como una anatomía política que produce cuerpos de características determinadas (Carolan, 2005, pp. 97–98).

Los cuerpos disciplinados no sólo coinciden con los parámetros de normalidad y salud del discurso médico, sino también con los ideales estéticos dominantes, y también con el ideal de rendimiento neoliberal, donde los individuos trabajan sobre sí mismos para garantizar su bienestar de manera individual, aumentando su eficiencia y vitalidad. Efectivamente, para Foucault la disciplina es capaz de aumentar las fuerzas del cuerpo en términos económicos (Foucault, 2002b, p. 126), volviendo a los sujetos disciplinados en sujetos de rendimiento

funcionales a la institución que los domina. Ante este imperativo médico de disciplina, los cuerpos gordos calificarían negativamente, en tanto corporalidades marcadas por la ausencia de las prácticas disciplinares que, de acuerdo al discurso biomédico, podrían erradicar la marca de su estigma. Ergo, la presencia de la marca sería explicada por la ausencia de disciplina, siendo indicativa de dicha ausencia como una característica que dominaría la subjetividad del individuo. Desde el discurso médico, el cuerpo gordo simbolizaría simultáneamente un estado de salud, la presencia y ausencia de determinados comportamientos, y rasgos psicológicos o de personalidad que explicarían su condición, configurando negativamente la percepción de estos sujetos. Esta caracterización de los cuerpos gordos incentiva su vigilancia, al identificarlos como cuerpos indisciplinados.

Vigilancia

La vigilancia de los cuerpos en la sociedad medicalizada corresponde a la necesidad de regular el orden social y reproducir la promoción de la salud y la productividad (Lupton, 1997, p. 100). Siguiendo a Foucault (2002), la medicina se torna en algo más que una institución dedicada a corregir los cuerpos desviados, dado que su expansión y presencia en el espacio social constituye una red de vigilancia destinada a resolver problemas políticos tecnocientíficamente (Foucault, 2002; citado en Pedraz, 2007, p. 72).

La salud se constituye como un proceso sistemático de vigilancia, donde las vidas saludables quedan definidas por creencias, técnicas, mediciones, ajustes, y monitoreos (O'Brien, 2005, p. 193), que son diseminados a través de miradas evaluativas que han internalizado criterios médicos. Esto es característico de las sociedades de control modernas, donde la vigilancia juzga el estatus, déficit, y funcionalidad de los cuerpos (Urla y Terry, 1995, p. 10). Estas funciones de la vigilancia no sólo son ejercidas por profesionales médicos, sino por el resto de los individuos en tanto red de vigilancia, así como por el sujeto mismo que internaliza miradas ajenas, promoviendo la regulación voluntaria de sí mismo conforme a la vigilancia hipotética que recae en él (Brush, 1998, p. 38). Es en este sentido que Foucault plantea que “la visibilidad es una trampa”, en tanto “garantiza el funcionamiento automático del poder” (Foucault, 2002b, p. 185), dado que la mera disposición del cuerpo gordo en la red de vigilancia trae a la conciencia al juicio médico que insinúan las miradas, el cual, aparte de ser internalizado, se manifiesta interaccionalmente mediante comentarios evalua-

tivos, *fat talk*, rechazo social, burlas, acoso, violencia, y otros efectos de la estigmatización experimentados por las personas gordas. De este modo, la vigilancia pública de los cuerpos ajenos se valida discursivamente, dando lugar a un entorno social imbuido de juicios sociales, ansiedad, y acoso (Gard y Wright, 2005a, p. 182), que resulta en el disciplinamiento de los individuos.

Lo anterior resulta contingente dada la clasificación de las sociedades modernas como sociedades de control, donde la vigilancia es permanente y produce comparación constante entre sujetos, sujetos idealizados, y normas sociales, con la asistencia de tecnologías de vigilancia y exposición (Virilio, 2005, citado en Markula, 2008, párr. 10; Costa, 2008, p. 4). A su vez, las sociedades de control modernas inauguran las sociedades de transparencia (Han, 2013), en las que los individuos moran un panóptico digital que incentiva la exposición voluntaria y universaliza la vigilancia, multiplicando los juicios y las evaluaciones, y por lo tanto, incrementando la disciplina. Todos estos factores, sumados a la hipervisibilidad de esta marca corporal, provocan que la gordura sea fuertemente vigilada bajo las normas médicas internalizadas por múltiples actores. Esta vigilancia evalúa negativamente a los cuerpos gordos bajo criterios médicos, identificando la desviación simbolizada por la marca corporal, y abriendo la posibilidad a actitudes prejuiciosas y discriminatorias en contra de los individuos marcados. En consecuencia, la vigilancia posibilita el despliegue de una enorme presión disciplinar sobre las corporalidades gordas, a través de formas de rechazo social que dirigen el juicio médico hacia los sujetos en la forma de gordofobia y la internalización del rechazo a la gordura, evidenciado en el descontento normativo respecto al peso corporal (Rodin et al., 1984).

Biopoder y ciudadanía

Las estrategias regulatorias y disciplinarias que posibilitan el gobierno de los cuerpos en nombre de la salud biomédica son denominadas biopedagogías (Wright, 2012, p. 8). Éstas refieren a prácticas que nos instruyen sobre cómo vivir y cómo adecuarnos a un entorno social específico, alterando la manera en que los sujetos comprenden, cambian, e impulsan el cambio corporal en otros (Evans et al., 2008, citado en Wright, 2012, p. 8). A través de criterios médicos de normalización y regulación, las biopedagogías aumentan el saber de los sujetos acerca los riesgos de la obesidad, dotándolos de recursos discursivos para recha-

zar a las corporalidades gordas, e instruyéndolos en prácticas saludables y de adelgazamiento para combatir la gordura. Las biopedagogías son aprehendidas por los individuos en su contacto con las instituciones y medios comunicacionales que reproducen la preocupación sobre la epidemia de la obesidad (Wright, 2012, pp. 1–2). Al ser producidas bajo los lineamientos del discurso médico, las biopedagogías tienden una conexión entre el saber/poder médico y la disciplina, disseminando en los individuos los deseos y necesidades básicos para constituirse como sujetos reproductores del estigma de la gordura.

El poder disciplinario que administra la vida de los sujetos en directa concordancia con el discurso hegemónico, capaz de regular los detalles de la vida diaria en individuos y poblaciones, es denominado biopoder (Grosz, 1994, p. 152). Esta clase de poder se propone invadir completamente la vida de los individuos (Costa, 2008, p. 3), mediante prácticas asociadas al gobierno y regulación del cuerpo (Foucault, 1990), que imponen un régimen de autoridad que, sin embargo, es considerado por los individuos como deseable, legítimo, y eficaz (Rabinow y Rose, 2003, citados en Halse, 2012, p. 56). La deseabilidad de participación en los elementos divulgados por el discurso médico resulta clave, ya que con el desarrollo del capitalismo moderno, el control deja de ejercerse mediante la represión y la coacción, cambiando su enfoque hacia la estimulación de los deseos (Hewitt, 1983; Varga, 2005). El rechazo social a la gordura es llevado a la práctica por los sujetos por la forma en que discursivamente se ha vuelto deseable la delgadez, produciendo, en concordancia, al deseo de oponerse a la gordura. Estos deseos incentivan la introducción voluntaria de comportamientos regulatorios en sus vidas, posibilitando la invasión legitimada del poder biomédico sobre la mente y el cuerpo.

La construcción de la obesidad como un tipo de cuerpo enfermo, indeseable, riesgoso, y epidémico tiene el efecto biopolítico de disciplinar a la totalidad de la población, y no sólo a las personas gordas, a través del temor generalizado de incurrir en riesgos de salud al engordar, así como del temor mismo a engordar. Mediante esta operación del biopoder, la población incurre voluntariamente en prácticas de salud preventiva para evitar la gordura (Guthman y DuPuis, 2006, p. 444).

La consecuencia final de estos aspectos disciplinares y de control en torno a la salud normativa es la conversión de los ciudadanos en bioc Ciudadanos. De acuerdo con Christine Hal-

se (2012), el concepto de biociudadanía impregna la noción de ciudadanía de los preceptos del biopoder, considerando la vida privada como asunto público, donde las obligaciones del individuo se relacionan al funcionamiento de la sociedad. La autora describe la primera obligación del biociudadano como su responsabilidad individual del cuidado físico de sí mismo, lo cual incluye mantener su peso dentro de la norma (Ibíd., p. 51). El principio de responsabilidad individual es dotado de implicancias valóricas, como un código de ética moderno que deviene un deber ciudadano (Ayo, 2012, p. 103). Con la biociudadanía, la vida biológica de los individuos se adentra al dominio de las decisiones y elecciones individuales, a través de nuestra responsabilidad como consumidores de productos y servicios médicos (Rose, 2007, citado en Roberts, 2010, p. 61).

Considerando que la obesidad es entendida como una irresponsabilidad individual que causa problemas económicos y sociales evitables, el ciudadano que no controla su peso corporal estaría ignorando simultáneamente los intereses del bien común y las normas de consumo y comportamiento respecto del cuidado del cuerpo, volviéndose un mal ciudadano (Halse, 2012, p. 51). Específicamente, la gordura marca al individuo como un ciudadano fallido en base a su inadecuación como consumidor y trabajador (LeBesco, 2004, p. 59). En tanto la obesidad es considerada una epidemia, y por ende un problema global de salud y moral, el sujeto individual adquiere una responsabilidad social respecto de la administración de su propio cuerpo—y el de los demás.

Bajo el esquema de la biociudadanía, las acciones morales sirven al interés del individuo y los demás de forma simultánea (Halse, 2012, p. 51), por lo que un buen ciudadano sería aquél que activamente demuestra sus virtudes morales, particularmente a partir de la expresión de capacidad de cuidado de la salud personal a través del ajuste al peso normativo (Ibíd., pp. 50, 54). La apariencia “saludable”, relacionada a la delgadez, es asociada a la virtud, al ser considerada indicador de bondad interna (Jutel, 2005, p. 120). Así, los cuerpos devienen sitios de expresión de la moral y la aptitud ciudadana, volviendo al biociudadano en un referente para la comparación y categorización de los sujetos (Halse, 2012, p. 50). Esta distinción moral entre buenos y malos ciudadanos distinguiría entre aquellos capaces y dispuestos a administrar su propio riesgo de salud, en contraste con los incapaces o negligentes, quienes requerirían de intervención externa (LeBesco, 2011, p. 155). En este sentido, la distinción moral refiere al ajuste individual respecto a las prácticas corporales que se

adecúan a las normas de la salud biomédica, y la capacidad de internalizarlas mediante biopedagogías, practicarlas voluntariamente como disciplina, y a su vez acoplarse a la red de vigilancia que reproduce la norma. Cumplir estas premisas, y además expresarlas corporalmente, permitirían figurar al sujeto positivamente bajo criterios morales.

Charlotte Elliot (2007, p. 140) nos lleva de vuelta a la distinción entre cuerpo clásico y cuerpo carnavalesco de Bajtín: el cuerpo clásico, en tanto sujeto disciplinado y restringido, sería aquél que uno que no se expone a riesgos de salud como sería la gordura, y al contrario, demuestra evitar activamente dichos riesgos mediante su corporalidad, validando su responsabilidad ciudadana. Por otro lado, el cuerpo carnavalesco, en tanto cuerpo gordo descontrolado, indisciplinado e irrestricto, “explícitamente clama” ser controlado en función de su (falta de) criterio de autonomía, que le llevaría a realizar elecciones contrarias a la norma médica. Mientras el ciudadano delgado, saludable y activo del cuerpo clásico es considerado más valioso, el ciudadano obeso, de cuerpo carnavalesco, evidenciaría una inferioridad inherente a partir de su estigma (Elliott, 2007, p. 139). De este modo, entendemos el estigma de la gordura como un medio para enmarcar nociones de ciudadanía, que en términos estrictos se resume en que los cuerpos gordos no sean reconocidos como productivos o adecuados para la economía capitalista neoliberal (LeBesco, 2004, p. 44, citada en Guthman y DuPuis, 2006, p. 436). Como su contraparte, el cuerpo clásico, mediante su delgadez, corporeiza la correcta gobernanza neoliberal.

Gubernamentalidad

Como hemos visto, la medicina adquiere el carácter de un criterio de control de comportamientos. Gubernamentalidad es un concepto foucaultiano que refiere a un sistema de subjetivación que prescinde de la coerción directa, pues se basa en la participación y autoregulación voluntaria de los individuos (Lupton, 1999, citada en Ayo, 2012, p. 100). En este sistema, los individuos se vuelven funcionales a la biopolítica a partir de su posicionamiento en redes de vigilancia y disciplina, capaces de controlar su conducta mediante la regulación de los deseos. Bajo la gubernamentalidad moderna, el Estado no obliga a los ciudadanos a adelgazar, sino que la deseabilidad de la delgadez y la indeseabilidad de la gordura se instalan cultural y discursivamente, siendo internalizadas por parte de los individuos, y traducidas en conductas normalizadas (LeBesco, 2011, p. 160). En este sentido, el poder de la gu-

bernamentalidad no prohíbe o reprime el deseo, sino que causa su emergencia bajo términos deliberados (Stoler, 1995, citada en Guthman y DuPuis, 2006, p. 436).

Los sujetos se gobiernan a sí mismos de acuerdo a los principios ideológicos de los discursos hegemónicos, provocando que incluso aquellos aspectos del sujeto considerados como privados e individuales resulten gobernados y organizados socialmente (Lupton, 1995, p. 11). Entre los discursos hegemónicos que constituyen la gubernamentalidad, la biomedicina no gobierna sola. En tanto valor relacionado al dominio y control de sí mismo, la responsabilidad individual, y la dependencia de la voluntad personal, la salud en clave biomédica se asocia ideológicamente al neoliberalismo, en tanto proceso generativo/adaptativo y modo de pensamiento que moraliza el autogobierno de la conducta individual (Hamann, 2009, p. 41).

Como consecuencia, la gubernamentalidad es corporeizada en la experiencia individual del riesgo y la administración de la salud de acuerdo a principios biomédicos y neoliberales (Sparke, 2016, p. 239), produciendo sujetos que se gobiernan voluntariamente a sí mismos a través de prácticas disciplinares que concuerdan con dichos discursos. La construcción social negativa de la gordura, que determina nuestra percepción de este tipo de cuerpo, es producida por su traslado a las formas de gubernamentalidad neoliberales (LeBesco, 2011, p. 155), donde el subtexto moral de la gordura como corporalidad/enfermedad evitable resulta recalcado por la individualización y mercantilización de la sociedad.

Uno de los aspectos principales del funcionamiento de la gubernamentalidad neoliberal es el fetichismo de la elección del consumidor, que reconfigura a la elección como un derecho, pero no un derecho cualquiera: el derecho a consumir (Guthman y DuPuis, 2006, p. 442). A partir de este imperativo de elección, la salud individual es reducida a elecciones de consumo; es decir, formas de gubernamentalidad neoliberal caracterizadas por el interés del individuo en volverse competitivo invirtiendo en su cuerpo, reimaginando su vida y ciudadanía bajo cálculos de movilidad y ranking social (Sparke, 2016, pp. 238, 242).

A partir la suposición del mal estado de salud expresado por la corporalidad gorda, explicado por sus elecciones incorrectas e irresponsabilidades, y la suposición de sus insuficientes prácticas de cuidado y mejoramiento de sí, las corporalidades gordas devienen estigmatiza-

das desde la gubernamentalidad y el discurso médico y neoliberal. La inmoralidad de las personas gordas se desprende de estas suposiciones, siendo inscrita en la marca corporal que supuestamente se origina en ellas. La solución presentada por el discurso médico y neoliberal a la inmoralidad de los ciudadanos gordos es la corrección y normalización de las elecciones que realizan, de modo que éstos decidan correctamente. Se espera que los sujetos consuman correctamente los saberes y tecnologías del cuerpo consideradas saludables para poder alcanzar la salud, y por ende, volverse ciudadanos responsables (Wiest et al., 2015, p. 26). Esto significa que la elección propuesta por el neoliberalismo no es libre, sino que estaría gobernada por los deseos y expectativas impuestos por la gubernamentalidad. Bajo este sistema de gobierno mediante el control de los deseos, la posibilidad de elegir mal, o de no elegir, resulta sancionada social e institucionalmente, por lo que el rango de acciones posibles se ve circunscrito por “estructuras obligatorias que compelen a los agentes a comportarse de determinadas maneras” (Petersen, 2003, p. 195, citado en LeBesco, 2011, p. 161), es decir, imperativos discursivos de comportamiento que determinan la evaluación de las elecciones tomadas.

En este sentido, Peter Freund y Miriam Fisher (1982) plantean que el énfasis en la libertad, el individualismo y la responsabilidad del individuo neoliberal devienen un instrumento de dominación. Los autores argumentan que esta libertad ejercida por los individuos modernos es ilusoria, pues responde a compulsiones internas que se condicen con un rol social determinado (Ibíd., p. 68). En la gubernamentalidad, los individuos son gobernados discursivamente a través de sus deseos. Al respecto, los sujetos producen una conciencia interna de la autoridad, llevando a cabo proyectos individuales que resultan más eficientes que la autoridad externa (Ibíd., p. 68), y que coinciden con la subjetivación gubernamental en clave neoliberal y biomédica.

Como la elección en clave neoliberal depende únicamente de la agencia del individuo, se manifiesta en una forma de responsabilidad individual, donde la calidad de esta elección — evaluada ante criterios normativos— expresa información acerca de la aptitud del individuo/consumidor (Mol, 2008, p. 80). De este modo, las elecciones de consumo sobre la salud devienen moralizadas de acuerdo a su ajuste respecto de criterios normativos, los cuales, en el caso del discurso médico, refieren a elecciones de cuidado y prevención de salud, que forman parte de un estilo de vida saludable. Así, los individuos y grupos sociales pue-

den ser clasificados desde la gubernamentalidad a partir de su capacidad y aptitud para elegir moralmente, siendo privilegiados quienes poseen un nivel económico suficiente para obtener ganancias morales a partir de su consumo (Wiest et al., 2015, p. 33). Bajo esta lógica neoliberal, gubernamental y moralista, las diferencias en los estados de salud de los individuos son representadas como consecuencias de la libertad individual de elegir, explicando el fracaso del cuidado de la salud como el producto de elecciones erróneas, o como la ignorancia respecto a la forma “correcta” de administrar al cuerpo (Ayo, 2012, p. 103).

Moralización de la salud

Como vimos, tanto la biomedicina como la gubernamentalidad neoliberal apuntan al cambio de comportamientos y elecciones de los individuos para normalizarlos hacia la realización de decisiones apropiadas o racionales (Gard y Wright, 2005a, p. 182). Si bien la medicalización social torna los problemas morales en problemas de salud, las normas de comportamiento también devienen moralizadas en la medida que sean consideradas saludables, a través de lo que Peter Conrad denomina promoción de la salud (1987, 1994, p. 387). Siguiendo a Conrad, la promoción de ideales individuales de salud representan “el bien”, mientras que la enfermedad y los comportamientos que la producen son considerados “el mal” (1994, p. 388). En este sentido, toda definición de salud remite a un saber/poder que nos persuade hacia un concepto de verdad que pretende constituir aquello que es bueno y lo malo (Fox, 1998, párr. 23), particularmente respecto a las elecciones y comportamientos individuales debido al sustrato neoliberal de la salud. Por consiguiente, la moralización de la salud opera en esta constitución de lo bueno y lo malo, equivalente a lo deseable y lo indeseable, y un conjunto de otros binarismos que ya hemos repasado.

Como binario moral, la salud se acopla al resto de los valores comunes de nuestra cultura, volviéndose un medio de expresión de una moral individual que supera a la mera dimensión médica (Crawford, 1993). Así, esta moralización opera en favor de la cristalización del resto de clasificaciones binarias, al anclarlas científica y moralmente, dotando retroactivamente de significados sociales y emocionales a las categorías ilusoriamente neutras de la biomedicina.

El autocontrol, la disciplina, la racionalidad y la fuerza de voluntad son más que prerrequisitos de la salud normativa, ya que se vuelven significados implícitos provistos por la búsqueda y logro de la condición de salud (Crawford, 1993, p. 137). Por ende, la delgadez, como corporalidad que representaría un trabajo personal llevado a cabo a través de desiciones y elecciones de vida libres y soberanas, representa disciplina, responsabilidad y éxito social, a partir de lo cual se infiere que la gordura representa lo contrario (Guthman y Dupuis, 2006, p. 193). Adjudicando la responsabilidad de la gordura a los individuos y grupos en lugar del reconocimiento de determinantes sociales, y priorizando el rol de la agencia individual en la elección de un estilo de vida (Gard y Wright, 2005a, p. 182), la explicación dominante de la gordura desde el discurso neoliberal remite a la ausencia de voluntad individual (Boero, 2007, p. 50). De este modo, se construye a las personas gordas como portadores de un determinado carácter confesado por su corporalidad. Los cuerpos gordos son cargados de significados negativos como el estar fuera de control, ser indisciplinados, ser desviados, y ser insanos (Davies, 1998, p. 142, citado en Gard y Wright, 2005a, p. 182), y a su vez, la intuición de este fracaso es explicada como indisposiciones inconscientes a “estar bien”, como un producto de la ignorancia, o como fracasos de voluntad (Crawford, 1980, p. 379).

Estas ideas posibilitan la lectura más profunda de falencias personales y de carácter en las personas de corporalidades gordas. La gordura es leída como un marcador de decisiones de estilo de vida inapropiadas, interpretadas como irracionales al ir directamente en contra del imperativo médico y social del cuidado del yo (Davies, 1998, p. 148, citado en Gard y Wright, 2005a, p. 182). Esto implica el abandono implícito de las responsabilidades ligadas a la ciudadanía (Wright, 2012, p. 3), y por ende, figura a la gordura como una marca de descalificación moral.

En resumen, la dimensión moral del concepto biomédico de salud, entendida como la definición de lo bueno y lo malo bajo términos biomédicos, se basa en la atribución significados sociales a las elecciones, apariencias y estilos de vida de los individuos, proveniente de la medicalización de la sociedad que asocia otras dimensiones de las corporalidades a la jurisdicción médica, particularmente la dimensión de la apariencia personal. Posteriormente, esta dimensión moral deviene institucionalizada, debido al surgimiento de juicios y sanciones sociales que recaen contra quienes fracasan respecto a sus criterios evaluativos (Le-

Besco, 2010, p. 78); es decir, la moralización de la salud, y por consiguiente, la moralización de la gordura, se cristaliza en las prácticas de estigmatización social que afectan a los cuerpos que se desvían de sus prescripciones y normas.

Conclusiones

Esta investigación se propuso comprender los procesos productores del fenómeno de la estigmatización social de las corporalidades gordas, a través de una revisión de literatura enfocada en dos dimensiones, que arrojó múltiples relaciones conceptuales y procesos sociales propios a las dimensiones de la salud y la apariencia. A modo de conclusión, resumiremos y relacionaremos los principales resultados obtenidos en torno a producción del fenómeno en cuestión.

Interpretación de los cuerpos estigmatizados

A lo largo de la investigación, planteamos cómo la apariencia corporal, en tanto medio de presentación del cuerpo ante la mirada del otro y la sociedad, codifica significados en su superficie en la forma de marcas corporales, que son interpretadas discursivamente. La construcción de la gordura adquiere un carácter negativo debido a la circulación de significados y saberes en discursos donde este tipo de cuerpo resulta posicionado negativamente, absorbiendo en su apariencia significaciones como las que hemos bosquejado en los capítulos previos. La producción del estigma refiere principalmente a los significados atribuidos discursivamente a la marca corporal de la gordura, pues, como hemos visto, constituyen el contenido de la codificación que es interpretada por la percepción como indicador de una identidad estigmatizada.

En virtud de la hegemonía de los discursos médico y de belleza como formas socialmente reconocidas y validadas de definir a las corporalidades gordas, se inscriben significados socioculturales en dichos cuerpos, que corresponden a los conjuntos de enunciados propios a los discursos involucrados, y que se expresan en criterios de evaluación de las corporalidades. La marca corporal estigmatizada de la gordura representa la inscripción en el cuerpo gordo de estos enunciados, que versan principalmente sobre su indeseabilidad estética, condición patológica, y sus falencias morales. Esto vuelve a los cuerpos estigmatizados en superficies que confiesan las acusaciones que el discurso les atribuye, como si fueran valores inherentes a las subjetividades que los habitan. Por lo tanto, los significados inscritos sobre la gordura dotan de un determinado texto a esta característica física, los cuales, por su

negatividad, devienen estigmatizantes. La condición de estigma, como veremos a continuación, deviene funcional a la estructuración de las dos dimensiones analizadas, dado que, como plantea Julia Kristeva, “en virtud (del) Otro se delimita un espacio que separa lo abyecto de aquello que será un sujeto” (2004, p. 19), donde la identidad se construye en oposición a lo que “no se es”: su contrario (Ibíd., p. 8).

Procesos de producción del estigma

La producción de la gordura como un estigma responde a procesos similares en las dos dimensiones analizadas, que se describen en los siguientes dos apartados.

Estigma desde la dimensión de la apariencia

La lectura de los cuerpos se basa en recursos discursivos, por lo que nuestra percepción de las corporalidades gordas se fundamenta en la sedimentación de saberes acerca sus significados y características, a partir de recursos de interpretación preexistentes en los discursos (Alcoff, 1999). Desde la dimensión de la apariencia, los cuerpos gordos son evaluados según ideales socioculturales de belleza, constituidos por criterios evaluativos donde la gordura es menospreciada como un tipo de cuerpo feo, poco atractivo e indeseable. De acuerdo al ideal sociocultural de belleza y las normas que éste impone, el cuerpo gordo es posicionado como un opuesto al cuerpo delgado, el cual coincide con el ideal corporal de belleza, de la apariencia saludable y del ciudadano virtuoso. La gordura, entonces, no se adecuaría a los criterios de valoración contemporáneos. Pero este menosprecio se acopla, a su vez, con clasificaciones binarias que yacen más allá de la estética, reforzando este tipo de rechazo al fijarlo como una negatividad que supera lo físico y la apariencia. Utilitariamente, esta agrupación de negatividades en la corporalidad gorda habilita la celebración de la delgadez como su opuesto, como una corporalidad deseable que se distancia de la aglomeración de relatos negativos que circulan en torno a la corpulencia. De esta manera, la estigmatización desde la dimensión de la apariencia reproduce una diferencia política entre lo delgado y lo gordo, dando lugar a la identidad del yo-delgado a partir de su rechazo en contra del “no-yo” (Kristeva, 2004, p. 8), su opuesto que desprecia, teme y evita.

Los cuerpos gordos no sólo son evaluados negativamente, sino que producen reacciones negativas en los demás. Con respecto a su apariencia diferente y desviada, el rechazo moral de los cuerpos gordos deriva de la creencia moderna en la maleabilidad corporal, noción cargada de ideología neoliberal que reduce la apariencia, tamaño, silueta y peso del cuerpo a la voluntad, el esfuerzo, y capacidad adquisitiva del individuo. A partir de esta noción, el cuerpo es pensado como un elemento modificable de la identidad, que se encuentra bajo el control racional del sujeto. Hipotéticamente, cualquiera podría trabajar sobre su cuerpo para adecuarse a los ideales, según la idea de maleabilidad. Esto produce una interpretación ideológica de la gordura, la cual, al ser reinterpretada como una condición controlable, pasa a ser considerada como producto del “dejarse estar”; es decir, reflejo de una supuesta incapacidad de elegir, una negligencia de modificar el cuerpo, una irresponsabilidad de adecuarse a las expectativas de apariencia, una negación desafiante a los patrones de belleza, etcétera. De este modo, la gordura expresa simultáneamente una apariencia corporal desvalorizada socioculturalmente, y un rango de confesiones acerca del carácter y la aptitud de la persona gorda. El estigma, entonces, se configura desde la dimensión de la apariencia como la percepción negativa de una marca corporal en términos estéticos y de atractivo, que a su vez implica la suposición de una serie de desajustes y negligencias que son transferidas hacia la subjetividad de las personas gordas. De esta manera, la identidad de los sujetos gordos resulta otrorizada, al ser distanciada de los criterios de normalidad en tanto identidades desajustadas y desviadas.

Estigma desde la dimensión de la salud

Desde la dimensión de la salud, vimos cómo los cuerpos han sido colonizados por el saber médico, trasladando sus formas, apariencias, y diversidad hacia la jurisdicción de la biomedicina. Mediante esta re-territorialización, los cuerpos gordos pasan a ser percibidos en términos médicos, reinterpretando su diferencia física como una desviación médica que configura a los cuerpos gordos como cuerpos enfermos y/o portadores de riesgos de salud. El discurso médico posiciona a las corporalidades gordas lejos de la norma de salud debido a su peso anormal, interpretándolos como producto de la desobediencia a la administración corporal que dicho discurso prescribe. Siendo resignificada como desviación, anormalidad, y enfermedad, la gordura es determinada médicamente como un cuerpo estigmatizado; es

decir, que codifica en su superficie estos significados médicamente reprochables, disponiéndolos discursivamente a la percepción de toda la sociedad, proliferando así su vigilancia, juicio y rechazo. La patologización de estas corporalidades las dispone a la necesidad de corrección a través del ímpetu de normalización y optimización de los parámetros biológicos y conductuales representados discursivamente como saludables. La estigmatización desde la dimensión de la salud niega a la gordura como tipo de cuerpo válido, al reconocerse como una desviación respecto del cuerpo normal e ideal. A su vez, la hegemonía biomédica sobre la interpretación de los cuerpos anula la validez de cualquier otra conceptualización de la gordura, dado que la internalización de su discurso entre la población garantiza la reterritorialización de estos cuerpos bajo su dominio. En este sentido, la categorización negativa de la diversidad corporal reproducida por el discurso médico sustenta la mayor parte del rechazo social a la gordura, no sólo al relegar a estos cuerpos al margen de lo considerado como saludable, sino al determinarlos como corporalidades negativas, opuestas al deber-ser, y como una amenaza al orden social.

La mirada médica (o medicalizante) percibe en los cuerpos gordos una enfermedad derivada de su tamaño anormal, pero también de su irresponsabilidad de cuidar la salud propia, su falta de la disciplina necesaria para normalizar al cuerpo, y una apatía o negligencia respecto de las normas de salud que atenta contra sí mismos y contra la salud (y el orden) social. Tanto la desviación biológica como social resultan patologizadas. En este proceso, los sujetos gordos son estigmatizados como transgresores de límites, sujetos marginales debido al comportamiento antisocial confesado por su gordura (LeBesco, 2004, p. 25).

El temor de la población respecto a caer en la “epidemia de la obesidad”, y por ende, de devenir estigmatizados, desviados y marginados, se corresponde con un rechazo a la propia gordura y la de los demás, que sumada a las ideas de maleabilidad corporal y responsabilidad individual, engloba todo este proceso de rechazo a la gordura en una gubernamentalidad de tipo neoliberal. En ella, el comportamiento de los sujetos es gobernado por la deseabilidad e indeseabilidad discursivamente reproducida, que se traduce en proyectos corporales enmarcados en los incentivos y sanciones sociales en torno al peso corporal. Así, los cuerpos gordos son estigmatizados con esta serie de transgresiones de comportamiento inscritas en gordura, las cuales, desde una mirada médica imbuida de juicios sociales, son interpretadas como expresiones de una subjetividad profundamente negativa que pertenece a

los márgenes de lo social. La diferencia y lo abyecto, situados en la frontera social, deben ser mantenidos bajo vigilancia (Scribano, 2010, p. 20), pues su existencia desafía constantemente, y “desde el exilio”, al yo (Kristeva, 2004, p. 8), como una imagen fantasmática que amenaza con hacerse presente en el “dejarse estar”, la contaminación de la enfermedad, o la desviación.

Abyección de la gordura

Integrando ambos procesos de producción del estigma, resulta evidente que los dos se intersectan en un mismo efecto, donde la expresión corporal de significados relacionados a la salud y la apariencia son emitidos a una sola voz en el estigma de la gordura. El discurso médico y el discurso de la belleza construyen la delgadez como un indicador simultáneo de salud y belleza, dando lugar a la realización de diagnósticos de salud a partir del peso corporal, que legitiman ante las masas el rechazo social a la gordura. Tanto la belleza y la salud se expresarían en las corporalidades delgadas, y desde ambas dimensiones, la gordura deviene un opuesto indeseable que es sancionado moral, estética y médicamente.

Al ser construida sociodiscursivamente de manera homóloga desde ambas dimensiones, la gordura pasa de ser una expresión de la diversidad corporal humana, a ser la expresión somática de ciudadanos inmorales, en cuya diferencia corporal se simboliza incapacidad y negligencia debido a la presencia de un estigma que, a pesar de ser indeseable en múltiples niveles, no ha sido normalizado de acuerdo a los criterios normativos de salud y belleza, que constituyen la expectativa social de presentación del cuerpo en el campo social. En este sentido, subyace en ambas dimensiones de análisis una lógica moralista que estigmatiza a los cuerpos gordos en tanto subjetividades que no habrían sabido o querido adecuarse a las normas sociales. Otros indeseables.

La transversalidad del discurso neoliberal en ambas dimensiones, salud y belleza, orquesta la crítica moral a las corporalidades gordas a partir de la suposición de su error en el uso de las herramientas y habilidades características de la subjetividad neoliberal. El acato del uso de estos recursos resultaría en la normalización de los cuerpos, expresión de la participación individual apropiada en la sociedad neoliberal. Así, la gordura se critica de acuerdo a las elecciones “libres” que los sujetos deberían ejercer en torno a su apariencia y su salud,

pero como vimos, esta retórica de elección, que se vanagloria de la libertad individual, resulta en la sanción social y la psicologización (es decir, la explicación individualista y culpabilizante de su experiencia de opresión) de quienes no sean percibidos como ciudadanos/consumidores correctos a partir de las normas sociales imperantes. Se psicologizan, entonces, las suposiciones de desadaptación social, irracionalidad, indulgencia, indisciplina e irresponsabilidad interpretadas en la corpulencia, como si fuesen falencias inherentes a las personas gordas por el mero hecho de ser gordas. Es por esto que la gordura no es interpretada solamente como un cuerpo distinto. El discurso médico y el discurso de la belleza, circulantes en clave neoliberal, remiten la negativización social de la gordura hacia la subjetividad misma de las personas gordas, inscribiendo no sólo sus cuerpos, sino también sus almas, en un proceso de estigmatización que niega toda posibilidad de identificación positiva en categorías de distribución desigual del estatus social, como lo son la salud y la belleza.

De acuerdo a los procesos evidenciados por esta investigación, y a la luz de las teorías de Judith Butler (2002b) y Julia Kristeva (2004), la opresión de las corporalidades gordas pareciera ser parte de un mecanismo de exclusión que habilita la existencia de identidades privilegiadas. Al construirse los cuerpos gordos como identidades que condensan un amplio conjunto de significados negativos, se posibilita su identificación como un opuesto a otras identidades idealizadas, constituyendo sistemas binarios de clasificación. En ellos, la abyección de la gordura; es decir, su exclusión simbólica del campo social mediante el estigma, fija el contenido de las identidades privilegiadas al oponerlas a los significados contenidos en lo abyecto (el rechazo social de la gordura basado en la atribución de significados negativos). En este sentido, fijar el significado positivo de la delgadez, ya sea como salud, belleza, o ciudadanía virtuosa, implica la negativización permanente de la gordura mediante su estigmatización y discriminación. El estigma sería reproducido socialmente con la finalidad de constituir y actualizar una exterioridad —lo feo, lo indeseable, lo enfermo, lo otro— que ejemplifique gubernamentalmente qué es lo que debe rechazarse y qué es lo que debe desearse. El estatus social, la deseabilidad, y la dignidad son transformados en recursos escasos, monopolizados por unos pocos. Judith Butler (2002b, p. 270) plantea que:

Lo que se niega o rechaza en la formación del sujeto continúa determinando a ese sujeto. Lo que se deja fuera de este sujeto, lo excluido por el acto de forclusión que funda al sujeto, persiste como una especie de negatividad definitoria.

A partir de la estigmatización y posterior abyección de la gordura, adquieren sentido nociones de salud, belleza, ciudadanía, moral, y normatividad de género, cuyos contenidos y estructuras jerárquicas se tornan dependientes de la negación y rechazo de lo otro, y por ende, articulan procesos sociales que reproducen activamente el estigma, para de ese modo mantener vigente a su “negatividad definitoria” (Ídem). Ello debido a que, como plantea Le’a Kent, la gordura es representada como un abyecto; es decir, como aquello que es expulsado para hacer posibles las demás representaciones corporales (2001, p. 135). La gordura, entonces, parece ser construida como un “antagonismo constituyente” (Butler, 2002b, p. 274) que estructura formaciones ideológicas al operar como un nodo que “cose” o “sutura” al resto de los significantes flotantes en torno a sí, estructurándolos en una red de significado (Žižek, 1989, pp. 95–96).

La abyección, entonces, es una exclusión que configura (Kristeva, 1982, p. 17), al tornarse en el “exterior constitutivo del campo de los sujetos”, las “zonas invivibles, inhabitables de la vida social” (Butler, 2002b, p. 20). Mediante este mecanismo, la producción de identidades “normales” —bellas y saludables, en nuestro caso— se funda en la marginación de otras identidades hacia ese exterior constitutivo, proceso mediante el cual adquieren sentido a través de la oposición a sus contrarios. Así, la exclusión reiterada de la gordura, a través del fenómeno de la gordofobia, corresponde a fuerzas performativas que establecen lo que califica o no califica como “ser”, marcando así los límites de lo abyecto (Butler, 2014, p. 188). Instituir la negativización de la gordura desde múltiples dimensiones mediante su estigmatización, entonces, habilita la reiteración del proceso de abyección, mediante el cual determinadas identidades y representaciones corporales pueden constituirse privilegiadamente al decir: “no soy/no quiero ser/no debo ser *eso*”.

Palabras finales

El reconocimiento de la validez de los cuerpos sin importar sus diferencias —desde la salud—, y la aceptación de los cuerpos diferentes como cuerpos dignos de vivir y desear —desde la apariencia—, son supuestos básicos que garantizan el reconocimiento de la humanidad de las personas, sin condicionar su dignidad a su peso corporal. Sin embargo, el diagnóstico teórico que hemos desarrollado indica que estos supuestos no se cumplen, dado que la estigmatización de las corporalidades gordas pone en movimiento procesos sociales que

niegan la validez de ciertos cuerpos en función de su diferencia, produciendo vidas injustamente invisibilizadas, silenciadas, insegurizadas, negadas y violentadas. Vidas invivibles.

El estudio teórico de este fenómeno ha permitido re-enfocar la literatura para problematizar un asunto ampliamente ignorado por académicos y académicas de la región. Como se ha demostrado en la relación de diversas fuentes teóricas a lo largo de la presente investigación, resulta posible conectar los estudios de la gordura con diversas ramas desarrolladas de las ciencias sociales y los estudios culturales, tales como los estudios sociales de la salud, estudios de género, la sociología del cuerpo y las emociones, estudios del discurso, estudios sobre raza y racismo, estudios sobre el poder y la desigualdad social, y otras. En efecto, el enfoque inter- y transdisciplinar permite analizar un mismo problema de investigación desde otros puntos de vista, generando nuevos saberes.

Una de las debilidades de esta investigación de tesis radica en que sus objetivos de investigación provocaron una ausencia de diálogo entre paradigmas y perspectivas que podrían ofrecer comprensiones alternativas del fenómeno investigado. Estas apelaciones deben desarrollarse con su merecida profundidad en futuras publicaciones. Una segunda debilidad remite a la imposibilidad de hacer justicia a la complejidad del fenómeno en cuestión, que obliga a limitar el análisis a un número reducido de dimensiones, las cuales aún así, y de manera incipiente, tantearon terreno en otras aristas que pueden ser tratadas en investigaciones futuras, tales como la relación de la gordura con el género, las masculinidades, el capitalismo neoliberal, la tesis de la abyección, y más. Como tercera debilidad, está el problema común a cualquier revisión de literatura sobre un fenómeno determinado, que es la inevitable ausencia de ciertas perspectivas teóricas, textos y autores que por diversas razones quedan fuera del corpus delimitado. Ello indica oportunidades para iterar el trabajo realizado y robustecer la comprensión del fenómeno desde otros paradigmas y territorios.

Habiendo adquirido nociones sobre la explicación del fenómeno de estigmatización, cabe preguntarse: ¿De qué maneras (y por qué razones) la estigmatización de la gordura logró la hegemonía que hoy mantiene en occidente? ¿Por qué motivo los individuos reproducen esta estigmatización o gordofobia? ¿De qué maneras las personas gordas resisten su estigmatización, y qué roles juega el feminismo en esta resistencia?

Considerando la rezagada incursión de los estudios de la gordura en la academia hispanoparlante, la presente tesis ofrece una base teórica para futuras investigaciones que apunten hacia una comprensión más detallada y contextualizada sobre los factores sociales e ideológicos que dan lugar al fenómeno de estigmatización de la gordura. Algunas oportunidades de investigación identificadas a partir de esta tesis son: (a) perspectivas teóricas alternativas, (b) estudios teóricos que profundicen en las particularidades del género, la raza y la clase social, (c) estudios cualitativos que den razón de la experiencia corporeizada de la estigmatización y su resistencia, pero idealmente, también de su ejercicio, (d) estudios cuantitativos que evalúen la magnitud, factores de incidencia, y consecuencias de esta problemática, y (e) revisiones de literatura empírica, principalmente experimentos y mediciones desde la psicología social.

Dados los vacíos teóricos y empíricos existentes, así como las oportunidades identificadas, sólo resta remarcar la importancia del estudio crítico del proceso de construcción social de los cuerpos gordos, que radica en la necesidad de esclarecer el camino hacia la des-estigmatización de estas corporalidades, avanzando hacia una aceptación de la diversidad corporal que nos permita abolir ésta y similares formas de opresión y discriminación social.

Referencias

- Alcoff, L. M. (1999). Towards a phenomenology of racial embodiment. *Radical Philosophy*, (95), 15–26.
- Aleman, M., & Velasco, J. (2008). Género, imagen y representación del cuerpo. *Index de Enfermería*, 17(1), 39–43.
- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 599–607.
- Allon, N. (1982). The stigma of overweight in everyday life. *Psychological Aspects of Obesity: A Handbook*, 130–174.
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1, 155–167.
- Aphramor, L. (2010). Validity of claims made in weight management research: A narrative review of dietetic articles. *Nutrition Journal*, 9(30), 1–9.
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (1997). Foucault and the sociology and illness. a prismatic reading. En R. B. A Petersen (Ed.), *Foucault, health and medicine* (pp. 15–30). New York: Routledge.
- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99–105.
- Balsamo, A. (1992). *On the cutting edge: Cosmetic surgery and the technological production of the gendered body*. *Camera Obscura*, 10(1), 207–237.
- Barreiro, A. M. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers: Revista de Sociología*, (73), 127–152.
- Bartky, S. L. (1988). Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power. En *Feminism and Foucault: Reflections on Resistance* (pp. 25–45).
- Beattie, S. (2014). Bear arts naked: Queer activism and the fat male body. En C. Pausé, J. Wykes, & S. Murray (Eds.), *Queering fat embodiment* (pp. 115–130). Ashgate.

- Bennet, J. (2010). *Vibrant matter: A political ecology of things*. London: Duke University Press.
- Berlant, L. (2011). *Cruel optimism*. Duke University Press Books.
- Bieger, L. (2012). “Freedom, equality, beauty for everyone”—Notes on fantasizing the modern body. *Amerikastudien / American Studies*, 57(4), 663–688.
- Blood, S. (2005). *Body work: The social construction of women’s body image*. Routledge.
- Boero, N. (2007). All the news that’s fat to print: The american “obesity epidemic” and the media. *Qualitative Sociology*, 30(1), 41–60.
- Bordo, S. (2003). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (10th ed.). Berkeley: University of California Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bover, J. (2009). El cuerpo: una travesía. *Relaciones*, 19(117). 1–25.
- Braidotti, R. (2000). Diferencia sexual como proyecto político nómada. En *Sujetos nómades*. Argentina: Paidós.
- Brannon, R. (1976). The male sex role – and what it’s done for us lately. En R. Brannon & D. David (Eds.), *The forty-nine percent majority* (pp. 1–40). Addison-Wesley.
- Brown, L. S. (1985). Women, weight, and power. feminist theoretical and therapeutic issues. *Women & Therapy*, 4.
- Brown, L. S. (1989). Fat-Oppressive Attitudes and the Feminist Therapist: Directions for Change. *Women & Therapy*, 8(3), 19–30.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22.
- Brush, P. (1998). Metaphors of inscription: Discipline, plasticity and the rhetoric of choice. *Feminist Review*, 58(1), 22–43.
- Buchanan, D. R. (2000). *An ethic for health promotion. rethinking the sources of human well-being*. Oxford University Press.
- Burgard, D. (2009). What Is “Health at Every Size”? In *The fat studies reader* (pp. 42–53). New York: New York University Press.

- Burke, N. L., Schaefer, L. M., Thompson, J. K., & Ramachandran, V. S. (2012). Body image. En *Encyclopedia of human behavior (second edition)* (pp. 365–371). San Diego: Academic Press.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 23(3), 263–285.
- Bustos, B. (2013). Estética ocularcentrista y la construcción de marcas de reconocimiento. En *Acta científica xxix congreso de la asociación latinoamericana de sociología 2013*.
- Butler, J. (1985). *Embodied identity in de beauvoir's the second sex*. (J. Butler, Ed.). American Philosophical Association Pacific Division.
- Butler, J. (1989). Foucault and the paradox of bodily inscriptions. *The Journal of Philosophy*, 86(11), 601–607.
- Butler, J. (2002a). Bodies and power revisited. *Radical Philosophy*, 114, 13–19.
- Butler, J. (2002b). *Cuerpos que importan. sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2002c). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Butler, J. (2014). *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283–299.
- Campos, P. (2006). *The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to Your Health* (pp. 1–307). Gotham Books.
- Campos, P. (2011). Does fat kill? A critique of the epidemiological evidence. En E. Rich, L.F. Monaghan, & L. Aphramor (Eds.), *Debating obesity: Critical perspectives* (pp. 36–59). New York: Palgrave Macmillan.
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 55–60.
- Carolan, M. S. (2005). The conspicuous body: Capitalism, consumerism, class and consumption. *Worldviews: Global Religions, Culture, and Ecology*, 9(1), 82–111.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, S. M. (2000). Relationships between obesity and dsm-iv major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90, 251–257.

- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244–259.
- Castiel, L., & Álvarez-Dardet, C. (2007). La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*, 41, 461–466.
- Castillo, J. (1997). El cuerpo recreado: La construcción social de los atributos corporales. *Sociológica: Revista de pensamiento social*, 2, 27–44.
- Charmaz, K. (2006). Theoretical sampling, saturation, and sorting. En *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. London: Sage.
- Charmaz, K., & Belgrave, L. (2012). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. En J. Gubrium, J. Holstein, A. Marvasti, & K. McKinney (Eds.), *The sage handbook of interview research: The complexity of the craft* (pp. 347–365). Sage.
- Cheek, J. (2008). Healthism: A new conservatism? *Qualitative Health Research*, 18(7), 974–982.
- Chernin, K. (1993). *Womansize. the tyranny of slenderness*. England: Women's Press.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and us biomedicine. *American Sociological Review*, 161–194.
- Colebrook, C. (2006). Introduction. *Feminist Theory*, 7(2), 131–142.
- Coleman, R. (2008). The becoming of bodies. girls, media effects, and body image. *Feminist Media Studies*, 8(2), 163–179.
- Coleman, R., & Figueroa, M. M. (2010). Past and future perfect? Beauty, affect and hope. *Journal for Cultural Research*, 14(4), 357–373.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power*. Stanford University Press.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12–21.
- Conrad, P. (1987). Wellness in the workplace: Potentials and pitfalls of worksite health promotion. *Milbank Quarterly*, 65, 255–275.
- Conrad, P. (1994). Wellness as virtue: Morality and the pursuit of health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(3), 385–401.

- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992a). A theoretical statement on the medicalization of deviance. En *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992b). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press.
- Costa, F. (2008). El dispositivo fitness en la modernidad biológica. democracia estética, just-in-time, crímenes de fealdad y contagio. En *Jornadas de cuerpo y cultura de la unlp 15 al 17 de mayo de 2008 la plata, argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882–894.
- Crandall, C. S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. En Heatherton T F, Kleck R E, Hebl M R, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 126–152). New York: Guilford Press.
- Crandall, C. S., & Martinez, R. (1996). Culture, Ideology, and Antifat Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22.
- Crandall, C. S., D'Anello, S., Sakalli, N., Lazarus, E., Nejtardt, G. W., & Feather, N. (2001). An attribution-value model of prejudice: Anti-fat attitudes in six nations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 30–37.
- Crandall, C S, & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67–83.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663–680.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388.
- Crawford, R. (1993). A cultural account of “health”: Control, release, and the social body. En A. Beattie, M. Gott, L. Jones, & M. Sidell (Eds.), *Health and wellbeing* (pp. 133–143). Macmillan Education UK.
- Crawford, R. (2000). The ritual of health promotion. *Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas*, 219–235.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4), 401–420.

- Cregan, K. (2006). *The Sociology of the Body. Mapping the Abstraction of Embodiment*. London: Sage.
- Cregan, K. (2012). *Key Concepts in Body & Society*. Sage.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Identity politics, intersectionality, and violence against women. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608–630.
- Davies, D. (1998). Health and the discourse of weight control. En A. Petersen & C. Waddell (Eds.), *Health matters: A sociology of illness, prevention and care*. Buckingham: Open University Press.
- Davis, K. (2007). Reclaiming women's bodies: Colonialist trope or critical epistemology? *The Sociological Review*, 55(s1), 50–64.
- Davis-Coelho, K, Waltz, J, & Davis-Coelho, B. (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology-Research and Practice*, 31, 682–684.
- De Beauvoir, S., & Parshley, H. M. (1953). *The second sex*.
- DeJong, W. (1980). The stigma of obesity: The consequences of naive assumptions concerning the causes of physical deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 75–87.
- DeJong, W. (1993). Obesity as a characterological stigma: The issue of responsibility and judgments of task performance. *Psychological Reports*, 73, 963–970.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1994). *What is philosophy?* New York: Columbia University Press.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1988). *A thousand plateaus*. London: Athlone.
- Descartes, R., Fernández, J. G., & Míguez, J. A. (1974). *Meditaciones metafísicas*. Universitaria.
- Dion, K L, & Dion, K. K. (1987). Belief in a just world and physical attractiveness stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 775–780.
- Donaghue, N., & Clemitshaw, A. (2012). “I’m totally smart and a feminist... and yet I want to be waif”: Exploring ambivalence towards the thin ideal within the fat acceptance movement. *Women’s Studies International Forum*, 35, 415–425.

- Douglas, M. (1979). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales: Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Douglas, W. Y., & Shepard Jr, G. H. (1998). Is beauty in the eye of the beholder? *Nature*, 396(6709), 321.
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67, S36–S39.
- Dreyfus, H., & Rabinow, P. (1983). *Michel foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Ebert, T. L. (1992). Ludic feminism, the body, performance, and labor: Bringing“ materialism” back into feminist cultural studies. *Cultural Critique*, (23), 5–50.
- Eisenberg, M. E., Newmark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 733–738.
- Elias, N. (1985). *The loneliness of the dying*. London: Continuum.
- Eller, G. M. (2014). On Fat Oppression. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(3), 219–245.
- Elliott, C. (2007). Big persons, small voices: On governance, obesity, and the narrative of the failed citizen. *Journal of Canadian Studies*, 41(3), 134–149.
- Energici, M. A., Acosta, E., Huaiquimilla, M., & Bórquez, F. (2016). Feminización de la gordura: Estudio cualitativo en Santiago de Chile. *Revista de Psicología*, 25(2).
- Energici, M. A, Acosta E., Borquez, F., & Huaiquimilla, M. (2017). Gordura, discriminación y clasismo: un estudio en jóvenes de Santiago de Chile. *Psicología & Sociedade*, 29 , 1-10.
- Ernsberger, P. (2009). Does social class explain the connection between weight and health. *The Fat Studies Reader*, 25–36.
- Espinosa, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 1–3.
- Etcoff, N. (2011). *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty*.
- Ettorre, E. (1998). Re-shaping the space between bodies and culture: Embodying the biomedicalised body. *Sociology of Health & Illness*, 20(4), 548–555.

- Evans, J., Rich, E., Davies, B., & Allwood, R. (2008). *Education, eating disorders and obesity discourse: Fat fabrication*. London; New York: Routledge.
- Fairclough, N., & Wodak, R. (1997). Critical discourse analysis. En T. van Dijk (Ed.), *Discourse as social interaction* (pp. 258–284). London: Sage.
- Falkner, N. H., French, S. A., Jeffery, R. W., Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N. E., & Morton, N. (1999). Mistreatment due to weight: Prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obesity*, 7(6), 572–576.
- Fallon, A. E. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford.
- Featherstone, M. (1982). The body in consumer culture. *Theory, Culture & Society*, 1(2), 18–33.
- Featherstone, M. (2010). Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society*, 16(1), 193–221.
- Fikkan, J. L., & Rothblum, E. D. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, 66.
- Foucault, M. (1977a). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1977b). *Language, counter-memory, practice: Selected essays and interviews by Michel Foucault*. (D. F. Bouchard, Ed.). New York: Cornell University.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality. vol. 1, an introduction*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1983). Nietzsche, la genealogía, la historia. *Revista de La Facultad de Sociología de UNAULA*, 5, 5–15.
- Foucault, M. (1984). Truth and power. En P. Rabinow (Ed.), *The Foucault reader*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1990). *The history of sexuality. vol. 1: An introduction*. Harmondsworth: Penguin.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. En Burchell G., C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 87–104). Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Foucault, M. (2002a). *The archaeology of knowledge*. Routledge.

- Foucault, M. (2002). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Routledge.
- Foucault, M. (2002b). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires : Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2005). *El orden del discurso*. Argentina: Tusquets Editores.
- Fox, N. J. (1998). Postmodernism and health. En A. Petersen & C. Waddell (Eds.), *Health matters* (pp. 9–22). London: Allen; Unwin.
- Fox, N. J. (2011). The ill-health assemblage: Beyond the body-with-organs. *Health Sociology Review*, 20(4), 359–371.
- Fox, N. J. (1993). *Postmodernism, sociology and health*. Open University Press.
- Fox, N. J. (2002). Refracting “health”: Deleuze, guattari and body-self. *Health: 6*(3), 347–363.
- Fox, N. J., Ward, K., & O’Rourke, A. (2005). The “expert patient”: Empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the internet. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1299–1309.
- Frank, A. W. (1990). Bringing bodies back in: A decade review. *Theory, Culture & Society*, 7, 131–162.
- Frank, A. W. (2002). *At the will of the body*. New York: Mariner Books.
- Frank, A. W. (2016). From sick role to narrative subject: An analytic memoir. *Health*, 20(1), 9–21.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*. New York: Dodd-Mead.
- Freund, P., & Fisher, M. (1982). Modern social control: An introduction. En *The civilized body: Social domination, control, and health* (pp. 67–78). Temple University Press.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., & Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10, 33–41.
- Gaesser, G. A. (1999). Has body weight become an unhealthy obsession? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1118–1128.
- Gailey, J. (2014). *The hyper (in) visible fat woman: Weight and gender discourse in contemporary society*. Springer.

- Gane, M., & Johnson, T. (1993). Introduction: The project of michel foucault. En M. Gane & T. Johnson (Eds.), *Foucault's new domains* (pp. 1–9). London: Routledge.
- Gard, M., & Wright, J. (2005a). Interrogating expert knowledge. risk and the ethics of body weight. En *The obesity epidemic: Science, morality and ideology* (pp. 168–186). Routledge.
- Gard, M., & Wright, J. (2005b). *The obesity epidemic: Science, morality and ideology*. Routledge.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural Expectations of Thinness in Women. *Psychological Reports*, 47.
- Giacoman, C. (2010). La corpulencia como un hecho social entre los adultos chilenos del siglo XXI, 1–17.
- Giacoman, C. (2013). *L'embonpoint normal: Une étude comparative sur la norme de corpulence au Mexique et au Chili* (PhD thesis).
- Gimlin, D. (2002). *Bodywork: Beauty and self-image in american culture*. Berkeley: University of California Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Airline.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: University of Edinburgh.
- Goffman, E. (1963). *Behaviour in public places. notes on the social organization of gatherings*. New York: The Free Press.
- Goffman, E. (1990b). *Stigma. notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin.
- Goode, E., & Preissler, J. (1983). The fat admirer. *Deviant Behavior*, 4, 175–202.
- Greco, M. (1993). Psychosomatic subjects and the 'duty to be well': Personal agency within medical rationality. *Economy and Society*, 22(3), 357–372.
- Gremillion, H. (2005). The cultural politics of body size. *Annual Review of Anthropology*, 34(1), 13–32.
- Grosz, E. (1987). Notes towards a corporeal feminism. *Australian Feminist Studies*, 2(5), 1–16.
- Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies*. Indiana University Press.

- Grosz, E. (1998). Bodies-cities. En H. Nast & S. Pile (Eds.), *Places through the body* (pp. 42–51). London: Routledge.
- Grosz, E. (1995). Space, time, and perversion: Essays on the politics of bodies.
- Guthman, J., & DuPuis, M. (2006). Embodying Neoliberalism: Economy, Culture, and the Politics of Fat. *Environment and Planning D: Society and Space*, 24(3), 427–448.
- Hahn, H. (1988). The politics of physical differences: Disability and discrimination. *Journal of Social Issues*, 44(1), 39–47.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Berg, P., & Eisenberg, M. E. (2008). Longitudinal and secular trends in weight-related teasing during adolescence. *Obesity*, 16, S18–S23.
- Halpern, C. T., Udry, J. R., Campbell, B., & Suchindran, C. (1999). Effects of body fat on weight concerns, dating, and sexual activity: A longitudinal analysis of black and white adolescent girls. *Developmental Psychology*, 35, 721–736.
- Halse, C. (2012). Bio-citizenship: Virtue discourses and the birth of the bio-citizen. En *Biopolitics and the 'Obesity epidemic'* (pp. 53–67). Routledge.
- Hamann, T. H. (2009). Neoliberalism, governmentality, and ethics. *Foucault Studies*, 6, 37–59.
- Han, B.-C. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.
- Han, B.-C. (2015). *La salvación de lo bello*. Barcelona: Herder.
- Han, B.-C. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder.
- Haraway, D. (1999). The biopolitics of postmodern bodies: Determinations of self in immune system discourse. *Feminist Theory and the Body: A Reader*, 1(1), 203.
- Harris, R., Wathen, N., & Wyatt, S. (2010). Working to be healthy: Empowering consumers or citizens? In *Configuring health consumers. health work and the imperative of personal responsibility* (pp. 211–224). Springer.
- Harris, M. B., Harris, R. J., & Bochner, S. (1982). Fat, four-eyed and female: Stereotypes of obesity, glasses and gender. *Journal of Applied Social Psychology*, 6, 503–516.
- Hartley, C. (2001). Letting Ourselves Go: Making Room for the Fat Body in Feminist Scholarship. En *Bodies out of bounds: Fatness and transgression* (pp. 60–74). University of California Press.

- Heinberg, L. J., & Thompson, J. K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(4), 325–338.
- Hewitt, M. (1983). Bio-politics and social policy: Foucault's account of welfare. *Theory, Culture & Society, 2*(1), 67–84.
- Hopkins, P. (2012). Everyday politics of fat. *Antipode, 44*(4), 1227–1246.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis. the expropriation of health*. New York: Pantheon Books.
- Jeffreys, S. (2014). *Beauty and misogyny: Harmful cultural practices in the west*. Routledge.
- Jessop, T. E. (1932). The definition of beauty. En *Proceedings of the aristotelian society* (Vol. 33, pp. 159–172).
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jorquera, R. M., & Astorga, G. E. (2012). Cuerpos, prácticas y violencias en la formación social chilena. *Revista Brasileira de Sociologia Da Emoção, 11*(33), 770–798.
- Jutel, A. (2001). Does size really matter? Weight and values in public health. *Perspectives in Biology and Medicine, 44*(2), 283–296.
- Jutel, A. (2005). Weighing health: The moral burden of obesity. *Social Semiotics, 15*(2), 113–125.
- Jutel, A. (2006). The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality. *Social Science & Medicine, 63*(9), 2268–2276.
- Kent, L. (2001). Fighting Abjection. Representing Fat Women. En *Bodies out of bounds: Fatness and transgression* (pp. 130–150). University of California Press.
- Kilbourne, J. (1994). Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. *Feminist Perspectives on Eating Disorders, 395–418*.
- Klaczynski, P., Daniel, D. B., & Keller, P. S. (2008). Appearance idealization, body esteem, causal attributions, and ethnic variations in the development of obesity stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*(4), 537–551.
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: An essay on abjection*. Columbia University Press.
- Kristeva, J. (2004). *Poderes de la perversión* (5th ed.). Buenos Aires: Siglo XXI.

- Kuipers, G. (2016). Beauty and distinction? The evaluation of appearance and cultural capital in five european countries, 1–36.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, *127*(2), 187–208.
- Kushner, R. F., & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, *16*, 947–952.
- Kwan, S., & Fackler, J. (2008). Women and size. sociologists for women in society (sws) fact sheet. *Sociologists for Women in Society*, 1–9.
- Kwan, S., & Trautner, M. N. (2009). Beauty work: Individual and institutional rewards, the reproduction of gender, and questions of agency. *Sociology Compass*, *3*(1), 49–71.
- Land, N. (2018). Fat knowledges and matters of fat: Towards re-encountering fat (s). *Social Theory & Health*, *16*(1), 77–93.
- Lawrence, C. (1994). *Medicine in the making of modern britain, 1700-1920*. London: Routledge.
- Le Breton, D. (2002a). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2002b). *La sociología del cuerpo* (1st ed.). Nueva Visión.
- LeBesco, K. (2004). *Revolting bodies?: The struggle to redefine fat identity*. University of Massachusetts Press.
- LeBesco, K. (2010). Fat Panic and the New Morality. En *Against health* (pp. 1–12).
- LeBesco, K. (2011). Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness. *Critical Public Health*, *21*(2), 153–164.
- Lerner, M. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Levenstein, H. (2003). *Paradox of plenty: A social history of eating in modern america* (Revised edition). Berkeley: University of California Press.
- Lloyd, G. (1993). *The man of reason: Male and female in western philosophy*. London: Routledge.
- Lorand, R. (1994). Beauty and Its Opposites. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, *52*(4), 399–406.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Sage.

- Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalization critique. En A. Petersen & R. Bunton (Eds.), *Foucault, health and medicine* (pp. 94–110). London/New York: Routledge.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routledge.
- Lupton, D. (2003a). The body in medicine. En *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies* (2nd ed., pp. 22–53). Sage.
- Lupton, D. (2003b). Theoretical perspectives on medicine and society. En *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies* (2nd ed., pp. 5–21). Sage.
- Maranto, C. L., & Stenoien, A. F. (2000). Weight Discrimination: A Multidisciplinary Analysis. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 12(1), 9–24.
- Markula, P. (2008). Governing obese bodies in a control society. *Junctures: The Journal for Thematic Dialogue*, (11).
- Maroney, D., & Golub, S. (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 387–391.
- Meier, R. F. (1981). Norms and the study of deviance: A proposed research strategy. *Deviant Behavior*, 3(1), 1–25.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de La Salud*, 30, 451–464.
- Menéndez, E. L., & Di Pardo, R. B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*.
- Merleau-Ponty, M. (1964). The primacy of perception.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Atalaya.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 8–13.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Mol, A., & Law, J. (2012). Acción encarnada, cuerpos actuados. el ejemplo de la hipoglucemia. En E. Pérez & R. Ibáñez (Eds.), *Cuerpos y diferencias* (pp. 153–177). Madrid: Plaza y Valdés Editores.
- Moreno, P. (2015). *Subjetividad femenina y gordura. Una perspectiva desde los estudios culturales y género* (Tesis de postgrado). Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Santiago.

- Morgan, K. P. (1991). Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies. *Hypatia*, 6(3), 25–53.
- Morris, G. (2001). Bourdieu, the body, and graham's post-war dance. *Dance Research: The Journal of the Society for Dance Research*, 19(2), 52–82.
- Mothersill, M. (1984). *Beauty restored*. Oxford: Clarendon Press.
- Murray, S. (2005). (Un/be)Coming out? Rethinking fat politics. *Social Semiotics*, 15(2), 153–163.
- Murray, S. (2007). Corporeal knowledges and deviant bodies: Perceiving the fat body. *Social Semiotics*, 17(3), 361–373.
- Murray, S. (2012). Marked as “pathological”: “Fat” bodies as virtual confessors. En *Biopolitics and the 'obesity epidemic'* (pp. 78–90). Routledge.
- Nelkin, D. (2003). Foreword: The social meanings of risk. En B. H. Harthorn & L. Oaks (Eds.), *Risk, culture and health inequality: Shifting perceptions of danger and blame*. Praeger.
- Nettleton, S., & Gustafsson, U. (2002). *The sociology of health and illness reader*. Polity.
- Nguyen, M. T. (2011). The Biopower of Beauty: Humanitarian Imperialisms and Global Feminisms in an Age of Terror. *Signs*, 36(2), 359–383.
- Nichter, M., & Nichter, M. (1991). Hype and weight. *Medical Anthropology*, 13(3), 249–284.
- Nutter, S., Russell-Mayhew, S., Alberga, A. S., Arthur, N., Kassan, A., Lund, D. E., ... Williams, E. (2016). Positioning of Weight Bias: Moving towards Social Justice. *Journal of Obesity*, 1–10.
- Odin, S., & Kitaro, N. (1987). An explanation of beauty. nishida kitarō's bi no setsumei. *Monumenta Nipponica*, 211–217.
- Olea, B. (2017). La estigmatización de la gordura femenina. reproducción simbólico-cultural del estatus social de la delgadez. En J. Pavez (Ed.), *(Des)Orden de género. políticas y mercados del cuerpo en Chile* (pp. 299–329). CRANN Editores.
- Oliver, J. (2005). *Fat politics: The real story behind america's obesity epidemic*. Oxford University Press.
- Orbach, S. (1988). *Fat Is a Feminist Issue* (2nd ed.). Arrow Books.
- Orbach, S. (2016). *Fat Is a Feminist Issue*. London: Arrow Books.

- Osborne, T. (1998). Medicine and ideology. *Economy and Society*, 27(2-3), 259–273.
- Owen, P. R., & Laurel-Seller, E. (2000). Weight and Shape Ideals: Thin Is Dangerously In. *Journal of Applied Social Psychology*, 30.
- O'Brien, M. (2005). Health and lifestyle a critical mess? Notes on the dedifferentiation of health. En R. Bunton, S. Nettleton, & R. Burrows (Eds.), *The sociology of health promotion. critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (pp. 189–202). Routledge.
- Parker, I. (2002). Discourse: Definitions and contradictions. En I. Parker (Ed.), *Critical Discursive Psychology* (pp. 142–159). New York: Palgrave Macmillan.
- Paul, R. J., & Townsend, J. B. (1995). Shape up or ship out? Employment discrimination against the overweight. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 8(2), 133–145.
- Pedraz, V. (2007). La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: El cuerpo preso de la vida saludable. *Salud Pública de México*, 49(1), 71–87.
- Pedraza, Z. (2004). Intervenciones estéticas del yo. sobre estético-política, subjetividad y corporalidad. *Debates Sobre El Sujeto: Perspectivas Contemporáneas, Bogotá, Universidad Central-DIUC/Siglo Del Hombre*, 61–72.
- Petersen, A. (2003). Governmentality, critical scholarship, and the medical humanities. *Journal of Medical Humanities*, 24(3/4), 187–201.
- Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Zambra-Baladre.
- Puhl, R., & Brownell, K. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805.
- Puhl, R., & Brownell, K. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213–227.
- Puhl, R., & Heuer, C. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2003). Thoughts on the concept of biopower today.
- Ratner, C. (2017). The generalized pathology of our era: Comparing the biomedical explanation, the cultural-political explanation, and a liberal-humanistic-postmodernist perspective. *International Critical Thought*, 7(1), 72–92.
- Regan, P. C. (1996). Sexual Outcasts: The Perceived Impact of Body Weight and Gender on Sexuality. *Journal of Applied Social Psychology*, 26.

- Reischer, E., & Koo, K. S. (2004). The body beautiful: Symbolism and agency in the social world. *Annu. Rev. Anthropol.*, *33*, 297–317.
- Reyes, J. (2018). *El peso de las representaciones sociales: Obesidad y gordura vista desde la perspectiva preadolescente* (Tesis de pregrado). Universidad de Santiago de Chile. Facultad de Humanidades. Escuela de Periodismo.
- Rice, C. (2007). Becoming “the fat girl”: Acquisition of an unfit identity, *30*(2), 158–174.
- Ritenbaugh, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *6*(4), 347–361.
- Ritenbaugh, C. (1991). Body size and shape: A dialogue of culture and biology. *Medical Anthropology*, *13*(3), 173–180.
- Roberts, D. (2010). The Social Immorality of Health in the Gene Age. Race, Disability, and Inequality. En *Against health* (pp. 1–12).
- Robertson, A. (1998). Shifting discourses on health in Canada: From health promotion to population health. *Health Promotion International*, *13*(2), 155–166.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Streigel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, *27*, 267–307.
- Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, *71*.
- Rose, N. (1994). Medicine, history and the present. En C. Jones & R. Porter (Eds.), *Re-assessing Foucault: Power, medicine and the body*. Routledge.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rothblum, E. D. (1992). The Stigma of Women’s Weight: Social and Economic Realities. *Feminism & Psychology*, *2*.
- Rothblum, E. D., Brand, P. A., Miller, C. T., & Oetjen, H. A. (1990). The relationship between obesity, employment discrimination, and employment-related victimization. *Journal of Vocational Behavior*, *37*(3), 251–266.
- Santayana, G. (1896). *The sense of beauty: Being the outlines of aesthetic theory*. Charles Scribner’s Sons.
- Schiebinger, L. (1993). *Nature’s body: Gender in the making of modern science*. Boston: Beacon Press.

- Schwartz, M. B., O'Neal, H., Brownell, B., K. D., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research, 11*, 1033–1039.
- Scott, J. W. (1988). Deconstructing equality-versus-difference: Or, the uses of post-structuralist theory for feminism. *Feminist Studies, 14*(1), 33.
- Scribano, A. (2010). Cuerpo, emociones y teoría social clásica. hacia una sociología del conocimiento de los estudios sociales sobre los cuerpos y las emociones. *José Grosso Y María Boito (Comps.), Cuerpos Y Emociones Desde América Latina, Córdoba, CEA-Conicet/Doctorado En Ciencias Humanas UNCa*, 15–38.
- Scribano, A., & Mattar, G. V. (2010). Feos, sucios y malos: La regulación de los cuerpos y las emociones en norbert elías. *Caderno CRH, 22*(56).
- Shalley, C. E. (2012). Writing good theory: Issues to consider. *Organizational Psychology Review, 2*(3), 258–264.
- Shildrick, M. (2008). Corporeal cuts: Surgery and the psycho-social. *Body & Society, 14*(1), 31–46.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. London: Sage.
- Shilling, C. (2001). Embodiment, experience and theory: In defence of the sociological tradition. *The Sociological Review, 49*(3), 327–344.
- Shilling, C. (2003). *The body and social theory* (2nd ed.). Sage.
- Sigelman, C. K. (1991). The effect of causal information on peer perceptions of children with physical problems. *Journal of Applied Developmental Psychology, 12*, 237–253.
- Sjöberg, R.L., Nilsson, K.W., & Leppert, J. (2005). Obesity, shame, and depression in school-age children: A population-based study. *Pediatrics, 116*(3), e389–e393.
- Sobal, J. (1995). The medicalization and demedicalization of obesity. *Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems*, 67–90.
- Sobal, J. (2004). Sociological analysis of the stigmatisation of obesity. En J. Germov & L. Williams (Eds.), *A sociology of food and nutrition: The social appetite* (pp. 259–274). Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Sobal, J., & Devine, C. (1997). Social aspects of obesity: Influences, consequences, assessments, and interventions. En S. Dalton (Ed.), *Overweight and weight management* (pp. 289–308). Aspen Publishers.
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 105*(2), 260–275.

- Solovay, S. (2000). *Tipping the scales of injustice: Fighting weight-based discrimination*. New York: Prometheus Books.
- Sparke, M. (2016). Pathologies of political economy from climate change and austerity to personal responsibility. En S. Springer, K. Birch, & J. MacLeavy (Eds.), *Handbook of neoliberalism* (p. 237). Routledge.
- Steen, W. J., & Thung, P. J. (1988). *Faces of medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Stoler, A. L. (1995). *Race and the education of desire*. Duke University Press.
- Stone, G. (1962). Appearance and the self. En A. Rose (Ed.), *Human behavior and social processes: An interactionist approach* (pp. 86–116). Houghton Mifflin.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. En N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273–285). California: Sage.
- Swami, V., & Tovée, M. J. (2007). Perceptions of female body weight and shape among indigenous and urban Europeans. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 43–50.
- Swami, V., Coles, R., Wilson, E., Salem, N., Wyrozumska, K., & Furnham, A. (2010a). Oppressive Beliefs at Play: Associations Among Beauty Ideals and Practices and Individual Differences in Sexism, Objectification of Others, and Media Exposure. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 365–379.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., ... Cunningham, J. (2010b). The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309–325.
- Tatarkiewicz, W. (1972). The great theory of beauty and its decline. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 31(2), 165–180.
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25(10), 1525–1531.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22, 68–78.
- Terry, J., & Urla, J. L. (1995). *Deviant Bodies*. Indiana University Press.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon.

- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. En T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 12–20). Guilford Press.
- Tischner, I. (2013). *Fat lives: A feminist psychological exploration*. New York: Routledge.
- Tischner, I., & Malson, H. (2011). Deconstructing Health and the Un/Healthy Fat Woman. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 22(1), 50–62.
- Turner, B. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: Sage.
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. exploraciones en teoría social* (p. 323). México: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Reis*, 68, 11–39.
- Turner, B. (2002). *Regulating bodies. essays in medical sociology*. Routledge.
- Turner, B. (2008). *The body and society: Explorations in social theory*. Sage.
- Urla, J., & Terry, J. (1995). Introduction: Mapping embodied deviance. En J. Terry & J. Urla (Eds.), *Deviant bodies. critical perspectives on difference in science and popular culture* (pp. 1–18). Indiana University Press.
- Valentine, G. (1999). A corporeal geography of consumption. *Environment and Planning D: Society and Space*, 17, 329–351.
- Valenzuela, A. (2002). Obesidad: Definición, etiología y diagnóstico. En *Obesidad* (pp. 33–54). Santiago: Mediterráneo.
- Van Vonderen, K. E., & Kinnally, W. (2012). Media effects on body image: Examining media exposure in the broader context of internal and other social factors. *American Communication Journal*, 14(2), 41–57.
- Varga, I. (2005). The body - the new sacred? The body in hypermodernity. *Current Sociology*, 53(2), 209–235.
- Virilio, P. (2005). *The information bomb*. London: Verso.
- Wann, M. (2009). Fat studies: An invitation to revolution. En E. Rothblum & S. Solovay (Eds.), *The fat studies reader*. New York University Press.
- Weinstein, R. J. (2017). *Fat sex. the naked truth*. Beaufort Books; Beaufort Books.
- Whetten, D. A. (1989). What constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review*, 14(4), 490–495.

- Wiese, H J, Wilson, J F, Jones, R A, & Neises, M. (1992). Obesity stigma reduction in medical students. *International Journal of Obesity*, 16, 859–868.
- Wiest, A. L., Andrews, D. L., & Giardina, M. D. (2015). Training the body for healthism: Reifying vitality in and through the clinical gaze of the neoliberal fitness club. *Review of Education, Pedagogy, and Cultural Studies*, 37(1), 21–40.
- Williams, S. J. (1998). Health as moral performance: Ritual, transgression and taboo. *Health*, 2(4), 435–457.
- Wiseman, C. V., Gray, D. J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *Journal of Eating Disorders*, 11.
- Wodak, R., & Meyer, M. (2016). Critical discourse studies: History, agenda, theory and methodology. En *Methods of critical discourse studies*. Sage.
- Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Barcelona: Emecé.
- Wolf, N. (2009). *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. HarperCollins.
- Wolfswinkel, J. F., Furtmueller, E., & Wilderom, C. P. (2013). Using grounded theory as a method for rigorously reviewing literature. *European Journal of Information Systems*, 22(1), 45–55.
- Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1979). Obesity and women- i. a closer look at the facts. *Women's Studies International Quarterly*, 2.
- Wright, J. (2012). Biopower, biopedagogies and the obesity epidemic. En *Biopolitics and the 'Obesity epidemic'* (pp. 9–22). Routledge.
- Wright, P., & Treacher, A. (1982). *The problem of medical knowledge: Examining the social construction of medicine*. Edinburgh University Press.
- Wyatt, S., Harris, R., & Wathen, N. (2010). Health(y) citizenship: Technology, work and narratives of responsibility. En *Configuring health consumers. health work and the imperative of personal responsibility* (pp. 1–10). Springer.
- Žižek, S. (1989). *The sublime object of ideology*. Verso.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504.
- Zola, I. K. (1983). *Socio-medical inquiries. recollections, reflections, and reconsideration*. Temple University Press.