

*H*UMANITAS

ANUARIO DEL CENTRO
DE
ESTUDIOS HUMANISTICOS

24



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
1997

SZTOMPKA, P. 1990 *Agency and Revolution*, *International Sociology*, col. 5, N°2, 129-144

TIRYAKIAN, E. 1991 *Modernisation: Exhumetur in Pace (Rethinking Macrosociology in the 1990 's)*, *International sociology*, vol.6, n° 2, 165-180

URQUIDI, V. 1995 *Después de El Cairo*, *Este País*, n°. 47, feb. 1995, 17-19

YOUNG, G.; L FORT y M. DANNER 1994 *Moving from 'the status of Women' To 'Gender Inequality': Conceptualisation, Social Indicators and an Empirical Application*, *International Sociology*, vol.9, n° 1, 55-85

ZABLUDOSKY, G. 1989 *The reception and utility of max Weber's concept of patrimonialism in Latin America*, *International Sociology*, vol. 4, Núm.1, 51-66

CUERPO, PERCEPCION CORPORAL Y PODER PATRIARCAL

Dra. Veronika Sieglin
Profra. Investigadora de la
Fac. de Filosofía. Dra. en
Sociología en Marburgo,
Alemania.

Introducción

Desde hace tiempo estoy trabajando sobre desarrollo rural y cultura. Mi atención se centra particularmente en el conjunto de saberes y prácticas femeninas en torno al binomio salud-enfermedad en áreas rurales (Sieglin 1996). Me propuse explorar cómo enfrentan mujeres campesinas las enfermedades propias y de sus familiares, qué importancia juega aún la medicina herbolaria y que influencia ha ejercido la modernización en la práctica curativa campesina. En el centro de todos estos saberes y prácticas se encuentra el cuerpo. Al cuerpo enfermo se le suministran todo tipo de remedios para sanarlo, para mitigar sus dolencias, para fortalecerlo (Wisseborn 1996).

El cuerpo constituye el objeto de la acción curativa y preventiva. Como objeto, el cuerpo nos parece un hecho. Podemos determinar la estructura de sus tejidos, cuantificar la composición de sus líquidos o medir el grado de su funcionamiento. Para establecer si se trata de un cuerpo sano o enfermo, la ciencia médica ha desarrollado una gran cantidad de parámetros. Nadie dudaría, a estas alturas, de identificar al cuerpo como parte de la naturaleza y afirmar su independencia de la cultura (Lindemann 1992). Visto desde esta perspectiva, no me pareció, inicialmente, problemático suponer que las mujeres campesinas y yo compartiésemos un mismo cuerpo humano y que, por analogía, experimentaríamos nuestros cuerpos de manera similar.

Empero, las primeras dudas surgieron al comparar los cuidados que se recetaron las mujeres jóvenes y de mayor edad durante el puerperio (Sieglin 1996). Mientras que las ancianas habían retomado rápidamente sus actividades normales dentro de su unidad doméstica, las jóvenes reclamaron para sí un reposo de aproximadamente cuarenta días. Las mujeres grandes argumentaron haberse sentido lo suficientemente fuerte y bien para reiniciar, a los pocos días de haber dado a luz, sus tareas domésticas cotidianas. En cambio, las jóvenes justificaron su alargado reposo arguyendo cansancio y debilidad. Ambos grupos reclamaban autenticidad, es decir, no me pretendieron mentir o engañar. Considerando que las campesinas grandes no habían sido físicamente más fuertes que las jóvenes y que las jóvenes no son más débiles que sus madres y abuelas, ¿cómo se explican entonces las diferencias? Concluí que ambos grupos de mujeres percibieron su cuerpo de manera distinta y que detrás de estas diferencias se hallan imágenes del cuerpo divergentes. De ahí sospeché que la percepción del cuerpo es consecuencia del imagen del cuerpo predominante en una cultura y en una época histórica precisa.

He introducido aquí un concepto central de mi exposición, a decir, el verbo 'percibir'. Según Merleau-Ponty (Gron 1994:475), la percepción es parte de las facultades humanas para orientarse en un mundo lleno de olores, colores, sonidos y formas. A través de la percepción nos abrimos el mundo y lo convertimos en mundo de la vida. La percepción del mundo es mediado por el cuerpo, el cual constituye el sujeto de la percepción (479). El cuerpo puede convertirse, al mismo tiempo en objeto de la percepción. Aquí el binomio sujeto-objeto se fusiona (el cuerpo como fenómeno, el cuerpo para sí mismo).

Por otra parte, la biología y la medicina han convertido al cuerpo en objeto (el cuerpo en sí) de la percepción al igual que cualquier otro objeto en el mundo (una silla, una mesa, etcétera) observándolo, midiéndolo y calificándolo (perspectiva objetivizante) y creando una serie de afirmaciones sobre su funcionamiento y sus relaciones con otros objetos en el mundo.

En síntesis, al tematizar la percepción del cuerpo nos referimos, primero, a la descripción del cuerpo como objeto por parte de la ciencia médica (visión objetivizante). Posteriormente, analizaremos las manifestaciones de mujeres en torno a su cuerpo (visión desde 'adentro').

1. La historicidad del cuerpo

El concepto de cuerpo es un término de origen reciente. En la lengua alemana existen aún dos expresiones para referirse a él: 'Leib' y 'Körper'. Traducido al inglés corresponden a los vocablos 'loaf' y 'body'. Según el Diccionario de Larousse (1993), aparentemente no hay una correspondencia entre 'loaf' y 'body'. Mientras que 'body' es traducido al español como 'cuerpo', 'loaf' parece significar 'pan' o 'barra de pan'. Sin embargo, una frase idiomática revela que 'loaf' tuvo anteriormente otro significado: 'use your loaf' es traducido como 'pensar inteligentemente', 'reflexionar', 'pensar con la cabeza'. La palabra alemana de 'Leib' y 'loaf' en inglés designaron pues el conjunto de cuerpo y alma. Sólo posteriormente, ambos elementos se separaron en el pensamiento moderno.

La palabra 'cuerpo' (Körper, body) se institucionaliza apenas durante el siglo pasado paralelo al auge del saber médico y biológico (Akashe-Böhme 1995: 7). El concepto de cuerpo da por supuesto una serie de afirmaciones comúnmente no problematizadas. Primeramente, diferenciamos entre el cuerpo como lo material y la psique como lo inmaterial radicado en el cuerpo biológico. Al pensar al cuerpo y la psique como entidades radicalmente distintas, resulta lógico tratar a una psique enferma de manera distinta que a un cuerpo enfermo. Aunque la medicina psicosomática ha criticado últimamente esta dicotomía, muchos científicos siguen manteniendo la visión polarizante.

La manera cómo hablamos del cuerpo y de la psique revela, además, una relación jerárquica entre ambos elementos. Consideramos de buen sentido común decir que: 'tenemos un cuerpo', en vez de 'somos un cuerpo'. El cuerpo constituye pues una tenencia. El dueño es nuestro 'yo' que tal parece controla al cuerpo. La idea del 'yo' como amo del cuerpo surgió paralelo a la formación del individuo burgués, es decir, del individuo que toma posesión y control de la naturaleza y de la sociedad, y, por lo tanto, también de su cuerpo. El cuerpo se convierte así en cosa.

La concepción del cuerpo como cosa ha evolucionado, durante las últimas décadas al grado de equiparlo, hoy en día, a una máquina la que requiere de mantenimiento (dieta, ejercicio, un estilo de vida saludable) y reparación lo cual no alude solamente a la restitución del buen funcionamiento del cuerpo-máquina (medicamentos, operaciones) sino

incluso a la eliminación de las partes irreparables y su sustitución por partes refraccionarias (trasplante de órganos).

El mismo sentido común que nos orienta a pensar el cuerpo como posesión y como máquina, da por supuesto que normalmente los cuerpos humanos son sexuados: es decir, existen un cuerpo masculino y un cuerpo femenino. Lógicamente, ser hombre o ser mujer radica en una materialidad anatómica y fisiológica (Duden 133), representación comparativamente reciente.

Para comprender mejor la historicidad del cuerpo es útil preguntarse ¿cómo culturas pasadas han pensado el cuerpo?

2. El cuerpo sexuado como construcción histórica

Si bien muchos autores afirman la aparente universalidad de la distinción 'hombre-mujer', el contenido específico de dicho binomio difiere según épocas históricas y culturas. En occidente, hasta el siglo XVIII prevaleció la idea de un sólo cuerpo humano: el masculino. El cuerpo femenino se diferenció del ideal masculino sólo por su estado menos perfecto, menos desarrollado y menos completo pero, en principio, la anatomía femenina y la masculina eran muy similares. Así, se identificó, por ejemplo, a la clítoris como un pene imperfecto. No solamente los hombres también las mujeres producirían una especie de esperma, además de que los líquidos corporales (sangre, orina, esperma, leche) podían convertirse el uno en el otro (Maihofer 1995:29).

Por consecuencia, la diferencia entre varones y hembras no fue ubicada, en primer instancia, en sus cuerpos sino en su 'forma de ser': los hombres eran fríos, secos, fuertes, activos y formadores, mientras que las mujeres se caracterizaron por ser calientes, húmedas, débiles, pasivas y formables (Anderson/Zinser 1992:446; Maihofer 1995:30). Cambios en actitudes (pasivo-activo, fuerte-débil, etc.) provocaban, a veces, gran confusión por lo que se juzgó pertinente normar el comportamiento de ambos géneros y el tipo de ropa que debían de usar (Maihofer 1995:30).

El modelo unigenérico (Laqueur 1992) se remplazó apenas durante el siglo XIX por la idea de dos géneros con anatomía y fisiología radicalmente distintas (Waldeck 1995:94). El modelo bigenérico nació a partir de los avances espectaculares que anotó la ciencia médica durante

aquella época. En y a través de los discursos médicos, la vagina y el pene se transformaron en signos de lo contrario. Surgieron así los cuerpos femenino y masculino universales (Maihofer 1995: 34; Waldeck 1995:94). Desde entonces, ser hombre o ser mujer se liga a un lugar determinado en la anatomía humana. Bastaría, de ahí en adelante, una mirada entre las piernas de los recién nacidos para determinar su género. Por tanto, ser hombre o ser mujer se convirtió en una imposición de la 'naturaleza'.

En síntesis: Desde el siglo pasado, la ciencia médica empezó a producir una serie de estereotipos que comprenden los géneros y las relaciones de género como parte de la naturaleza. Desde entonces, "toda semejanza con el hombre se convierte en inquietante anomalía". No es coincidencia, que precisamente en aquel instante histórico reviviera el corsé, se afinara el talle y se resaltarán, a través de la ropa, el trasero y los pechos de la mujer (Duby/Perrot 1993, t. 8, 17).

Si bien no se niega la existencia de un cuerpo 'real', la percepción (descripción) de este cuerpo es siempre una construcción cultural (Laqueur 1992). Los genitales no fueron interpretados en todos los tiempos y espacios culturales como símbolos de lo contrario. En Occidente, se convirtieron en aspectos fundamentales apenas desde el siglo pasado. Laqueur concluye así que los médicos del siglo XIX no investigaron la diferencia biológica sino que la inventaron. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es algo dado por naturaleza sino un fenómeno histórico. En palabras de Maihofer: el cuerpo es el efecto histórico de determinadas formas de hablar, el resultado de condiciones epistemológicas y políticas institucionalizadas (Maihofer 1995:33).

3. La construcción del cuerpo y la construcción de la sociedad

El avance de la medicina se plasma en un nuevo vocabulario que ayudó a describir mejor el funcionamiento del cuerpo y que permitió plantear nuevas cuestiones de investigación. Lógicamente, la nueva terminología no estaba independiente del contexto sociocultural en que se desarrolló la ciencia, entorno que enfrentó, al igual que la ciencia, grandes cambios.

Recien liberada de las trabas feudales, la sociedad decimonónica giró alrededor de la producción que registró tasas de crecimiento jamás experimentadas y que nutrió las esperanzas de vivir un progreso y bienestar continuo. No sorprende pues que los nuevos conceptos para describir al cuerpo humano servirían asimismo para caracterizar a la sociedad.

En el centro del pensamiento burgués se halló la producción cuyos dos elementos (el capital y el trabajo) debían ser renovados incansablemente. Se habló así de la reproducción del capital, de la reproducción de la fuerza de trabajo y, en analogía, de la reproducción de la especie humana.

A cada tipo de reproducción se le asignó un espacio específico: la fábrica se convirtió en el área de la reproducción del capital; la fuerza de trabajo se reprodujo en el hogar y la regeneración de la especie en el útero de la mujer.

El afán de mejorar y eficientizar la (re)producción estimuló la formación de expertos que vigilarían, cada uno en su área, la buena marcha de la empresa. Ingenieros y economistas se encargarían de la fábrica, las amas de casa (dotadas 'por naturaleza' de una buena porción de paciencia, cariño, ternura y, sobre todo, de amor) se ocuparían, en cuerpo y alma, del bienestar de sus esposos e hijos; y el ginecólogo se encargaría de todas las cuestiones relacionadas con la "salud reproductiva".

Los nuevos conceptos médicos revelan una perspectiva completamente revolucionada al cuerpo, en general, y al cuerpo femenino en particular el que poco a poco adquirirá funciones y dimensiones de una maquina reproductora. Mientras que, durante el siglo XVIII, el embarazo fue pensada y experimentada aún como una secuencia de etapas difusas marcadas por un crecimiento constante del vientre, un siglo más tarde ya se había transformado en un proceso mecánico de la producción de vida (Duden 1991:38).

Algunos historiadores concluyen que el 'homo oeconomicus' del siglo XIX adquiere un cuerpo biológico cuyo funcionamiento se comprende en analogía al de la economía y de la sociedad (Duden 1991: 42s). Sin embargo, el cuerpo no es reflejo de las estructuras y relaciones

socioeconómicas nuevas. Detrás de las descripciones elaboradas en torno a la sociedad y el cuerpo se escondió más bien una nueva forma de ordenar y sistematizar la realidad. Se intentó separar lo "real" de lo "mítico" para lograr el control completo del entorno social y natural (Van der Loo/Van Reijen 1992:65 ss). La economía, la sociedad y el cuerpo conformaron solamente algunos de los campos que, a través de un nuevo lenguaje, adquirieron conturas y formas muy similares.

De lo expuesto podemos concluir que la descripción del cuerpo no se debe a la 'naturaleza' en vista que la naturaleza no es más que un concepto lingüísticamente articulado que expresa una visión determinada de la naturaleza. Vemos a la naturaleza siempre a través de nuestro ojo cultural (Duden 1991) por lo que las descripciones del cuerpo son construcciones socioculturales. Nuestro horizonte cultural nos guía al interpretar lo que observamos. Por tanto, las descripciones (percepciones) del cuerpo son siempre contingentes, es decir, expresan los supuestos no problematizados de un espacio cultural y de una época histórica precisa y concreta (Lindemann 1992).

Para poder entender mejor las afirmaciones anteriores, es útil introducir aquí el concepto de discurso. Detrás de las interpretaciones que elaboramos en torno a procesos y fenómenos sociales y naturales, se encuentran una serie de categorías a las que tenemos acceso a través del lenguaje. El conjunto de dichos conceptos se sintetiza en un epistema el cual nos permite estructurar el mundo de una manera determinada (Hauck 1995:9 y 12). El conocimiento elaborado a partir de dicho sistema categorial es el discurso.

4. La construcción del cuerpo a través del discurso

¿Cuando una afirmación se convierte en discurso? ¿Cuando no lo es? Según Foucault, el discurso es un "acto de habla serio". Para adquirir seriedad, una afirmación tiene que ser pronunciado por un sujeto autorizado. Sólo entonces adquiere veracidad. Los discursos están ligados a conocimientos específicos elaborados de manera sistemática a través de las diversas disciplinas. En relación al cuerpo, el sujeto autorizado para hablar de él es el médico formado dentro de la disciplina médica. Desde el siglo XIX, el médico y la ciencia médica producen y controlan los discursos modernos en relación al cuerpo (Krasmann 1995:241 y 246).

Una característica de los discursos es que no solamente describen un objeto sino que lo producen describiéndolo. A consecuencia, el cuerpo 'real' (el objeto del discurso) no es independiente del discurso. Lo anterior se desprende claramente al comparar el concepto de cuerpo como lo presenta la medicina china a través de la acupuntura con el concepto que predomina en Occidente. Durante mucho tiempo, la concepción china fue calificada, a pesar de sus éxitos prácticos, como acientífica.

Los discursos determinan, por ende, cómo pensamos y percibimos nuestro cuerpo y nuestra realidad. Los discursos producen la realidad (Krasmann 1995:247), es decir, las palabras no son únicamente descriptivas sino, simultáneamente, productivas. No reflejan lo 'real' sino lo producen. Lo 'real' no existe por tanto fuera del discurso. Las afirmaciones anteriores no se circunscriben solamente a la 'realidad social' sino engloban también a la realidad natural ya que los objetos naturales forman parte de nuestro orden cultural. La naturaleza no habla, no se autosignifica sino es significado por medio del lenguaje. En analogía, el cuerpo no se significa sino es significado por la ciencia médica (Lorey 1993: 5; Lindemann 1993:30).

¿De qué manera se distingue el discurso moderno del cuerpo de los discursos tradicionales? La principal diferencia radica en la forma en que se organiza el conocimiento y que es expresada a través de la práctica discursiva (Krasman 1995:246). Hasta el siglo XVII aproximadamente, el conocimiento se elaboró a partir de la categoría de similitud. Similitud era interpretada: (a) como analogía; (b) como contigüidad espacial; o (c) como simpatía (Hauck 1995:12). La identificación de pene y clítoris como elementos similares y no radicalmente distintos es consecuencia de la presencia de dicho epistema.

Durante el siglo XVII se observó una verdadera revolución epistemológica que introdujo nuevos elementos al pensamiento con cuya ayuda se estructuraría y sistematizaría la realidad. En adelante, el conocimiento giraría en torno a la relación causa-efecto y funciones. A partir de esta base epistemológica, los conocimientos generados en torno al cuerpo poco o nada tendrían en común con la percepción tradicional del cuerpo. La mirada médica calificaría, desde entonces, a los cuerpos femenino y masculino como anatómico y fisiológicamente distintos y la mujer se convertiría, poco a poco, en aquella parte de la humanidad que garantizaría la reproducción de la especie.

Hasta aquí me he centrado en la sociogénesis del cuerpo moderno, es decir, en los momentos culturales y discursivos que han moldeado nuestra imagen del cuerpo y que han situado las diferencias genéricas en la anatomía y fisiología. Sin embargo, como mencioné al principio, al hablar de la percepción del cuerpo nos referimos no solamente a cómo vemos el cuerpo sino también a cómo lo sentimos o sufrimos. Describir y sentir no son funciones radicalmente distintos. Intentaré demostrar a través de un vistazo al pasado que la forma de cómo sentimos nuestro cuerpo depende de los discursos en torno al cuerpo, es decir, no solamente la descripción del cuerpo es un resultado de prácticas discursivas históricamente crecidas dentro de un espacio cultural preciso. Lo mismo se puede observar en relación a cómo sentimos nuestro cuerpo.

5. Vivir el cuerpo: la discursividad de la percepción corporal desde adentro

Tal vez podríamos pensar que los fenómenos al interior del cuerpo, por ser parte de lo que hoy consideramos procesos biológicos, fuesen acontecimientos independientes de nuestra cultura: que dolor es dolor, y punto. Sin embargo, rápidamente nos vamos a dar cuenta que al querer contar a otra persona lo que sentimos en nuestro interior, recurrimos al lenguaje como puente entre nuestras sensaciones silenciosas e invisibles y el otro quien no siente lo que nosotros sentimos. Para elaborar nuestra explicación echamos mano a imágenes que el otro entienda. Podemos describirle nuestro dolor como punzante, como si nos clavarían un cuchillo, o como nos picarían con una aguja. Siempre utilizamos imágenes, analogías, comparaciones para expresar metafóricamente lo indecible. La selección de las imágenes está culturalmente determinado. Regresando a la sensación subjetiva del dolor, Duden enfatiza (1991:107): "El dolor ... no empuja necesariamente hacia una palabra específica, no desemboca en una expresión determinada dentro de muchas expresiones posibles (...) En cuanto no existe un paisaje clasificatorio y clasificante de los procesos corporales al interior, el dolor invisible, escondido .. objetivamente intocable, tiene que ser expresado a través de una relación con un tercero". La percepción corporal se caracteriza, pues, por su historicidad y su contingencia lo que explica, regresando a nuestras mujeres campesinas, las diferencias observadas entre mujeres jóvenes y mayores de edad en relación a su cuerpo.

Merleau-Ponty llamó la atención a que no percibimos el mundo y a nuestro cuerpo como parte de él, de manera pasiva. No registramos una percepción tras otra de los objetos. Estamos, más bien, inmersos en un fluido de experiencias que se remiten las unas a las otras y que se clarifican así (Gron 1994:480). Por tanto, cada percepción tiene lugar dentro de un contexto espacial y histórico concreto y cada percepción presupone un pasado equivalente a conocimientos. Cada nueva percepción actualiza, de esta manera, conocimientos básicos adquiridos. Por consecuencia, una percepción es siempre contingente y no se explica a partir de sí mismo. Percibimos solo sabiendo. La autocepción remite, por tanto, a un contexto social que aporta los instrumentos para interpretar la percepción, es decir, la autocepción se liga siempre a un discurso ya dado que pone a disposición del individuo los elementos necesarios para interpretar y atribuir sentido y orientación a sus percepciones.

¿Cómo vivieron y sufrieron las mujeres en otras épocas su cuerpo? El único puente para llegar a ellas es el lenguaje. En una revisión de los expedientes médicos y apuntes personales de un galeno alemán que consultaba en una pequeña ciudad en la parte oriental de Alemania durante el siglo XVIII y quien trataba principalmente a mujeres, Duden (1991:101) delimitó algunas componentes recurrentes en las quejas de las enfermas: (a) Las mujeres indicaron siempre el lugar en el cuerpo donde (b) sospecharon la presencia de un proceso patológico que (c) apareció comúnmente en otro lugar del cuerpo.

El cuerpo resultó, tanto para las pacientes como para el médico quien aún no dispuso tecnologías modernas para ver al interior del cuerpo, un lugar de procesos escondidos. Solamente a través de ciertas pistas que dio el cuerpo se podía interpretar lo que pasaba en su interior. Las señales se leían, comúnmente, en la piel. La piel delimitó el interior del exterior del cuerpo. Fue conceptualizada como una superficie de intercambio permanente entre lo de adentro lo de afuera.

El interior del cuerpo fue pensado como espacio de metamorfosis donde los líquidos se transformarían, continuamente, el uno en el otro, cambiarían su materialidad, su forma, su color, su consistencia, su lugar de salida, y, sin embargo, seguían siendo los mismos (Duden 1991: 125-129). Así, por ejemplo, la menstruación a veces abandonaba el cuerpo a través de la saliva. La leche se convirtió, en orina.

El cuerpo fue imaginado como movimiento, como espacio de flujos. La enfermedad se presentó cuando los flujos estancaron por lo que la curación dependía, en gran medida, de la capacidad del médico a vencer las obstrucciones abriendo arterias, extrayendo sangre, causando artificialmente pequeñas heridas o impidiendo, en otras ocasiones, que se cierren (evacuaciones terapéuticas).

El discurso en torno al cuerpo orientó la percepción subjetiva del cuerpo. Duden relata (1993:30) que las mujeres se percibieron de manera cinestética (como movimiento). Manifestaron de sentirse 'estimuladas', 'lentas', 'duras', 'congestionadas', etcétera. Sabían de los procesos en su interior a través del tacto dándose cuenta que algo crecía, presionaba, endurecía, se suavizaba, empujaba, apretaba o picaba. Sus afirmaciones enfatizaban lo sinestético (de sentidos comunes): hablaron de sabores y olores, amargura, pudrición, calor y frío que se fundaron, sobre todo, en su estómago, en su hígado y su útero. Además, todas las percepciones tenían una orientación: se dirigieron hacia arriba o hacia abajo, a la izquierda o a la derecha, hacia delante o hacia atrás, hacia afuera o hacia adentro, o bien, se encontraban por encima o por debajo o lejos o cerca de un punto determinado.

Las mujeres del siglo XVIII vivieron su cuerpo como una 'materialidad orientada' (Duden 1993). Su percepción fue guiada por los tensores culturalmente dadas en aquella época.

Empero, desde entonces las técnicas médicas han sido remplazados por completo. El interior del cuerpo dejó de ser un lugar escondido y se abrió a los ojos de médicos y pacientes a través de la radiografía ecografía, laparoscopia etcétera. La priorización del sentido óptico desplazó, también entre los pacientes, la percepción cinestética. Los tensores de la autocepción moderna cambiaron pues radicalmente lo que tiene, por consecuencia, que, por ejemplo, muchas mujeres embarazadas tienen poca sensibilidad para detectar movimientos fetales tempranos.

En síntesis: los discursos no guían solamente la forma como vemos (y lo que no vemos) y como caracterizamos nuestros cuerpos sino también como los experimentamos. Por lo anterior, nuestro cuerpo no puede ser un puente entre nuestras percepciones y las de mujeres en el pasado, como tampoco entre las percepciones de mujeres que viven en culturas diferentes aunque pertenezcan a la misma sociedad.

6. Cuerpo, percepción corporal y poder patriarcal

Ahora bien, ¿que tiene que ver la percepción del cuerpo con el patriarcado? La respuesta se deriva del papel de la ciencia en la construcción de nuestra imagen moderna del cuerpo. De la exposición anterior resulta, que la percepción del cuerpo en sus dos vertientes (ver y experimentar) depende eminentemente de los discursos que elabora una cultura en torno a los fenómenos sociales y naturales de su entorno. Se anotó que la ciencia ocupa un papel primordial en cuanto al discurso moderno del cuerpo por lo que la pregunta inicial se modifica: ¿Qué tiene que ver la ciencia médica con el patriarcado?

Nuevamente, los textos de Foucault orientan la búsqueda de una respuesta hacia las características del discurso científico. El acto de habla científico se distingue del cotidiano por su independencia de una situación local concreto y del contexto cotidiano. Los actos de habla científicos adquieren su autonomía al pasar por una serie de pruebas institucionalizadas (como por ejemplo, reglas de argumentación dialéctica, confirmación empírica, etcétera) (Dreyfus/Rabinow 1987: 71). Para ser admitidos como científicos deben obedecer las reglas de una "policía discursiva" (Foucault cit. En Dreyfus/Rabinow 71). Por consecuencia, al no acatar los procedimientos de validación científico un enunciado no es acreditado como verídico. De ahí se explica la incompatibilidad del concepto científico del cuerpo con otras imágenes del cuerpo así como el persistente intento de marginar discursos no-científicos en torno a cuerpo y salud.

El discurso científico plantea pues siempre la cuestión del poder. El poder no se plasma solamente en la institucionalización de determinados principios de validación (un poder escondido) sino también en su relación con el objetivo de la actividad científica. Según Bacon (cit. En Fox Keller 1989: 293), la ciencia pretende someter a la naturaleza y convertirla en esclava de la humanidad por lo que haría falta desarrollar medios lo suficientemente poderosos para conquistar y subordinarla. Bettelheim al igual que Marcuse caracterizaron esta visión de la ciencia como un 'proyecto fálico', o, en palabras de Fox Keller, como "proyección de una consciencia específicamente masculina" (292). El autoritarismo patriarcal contenido en el concepto de ciencia, convertiría al cuerpo femenino en símbolo de la naturaleza a conquistar y controlar y declarararía la inexistencia de cualquier conocimiento en torno al cuerpo (y especialmente

en torno al cuerpo femenino) obtenido por vías no-científicas lo que equivale a la invalidación de los saberes femeninos construidos por las mismas mujeres durante siglos y a la marginación de profesiones femeninas ligadas al cuerpo (Jordanova 1995:362).

¿Cómo se produjo históricamente la invalidación del saber médico femenino por el discurso científico? ¿Qué medios se adoptaron para erradicar a los sistemas tradicionales de conocimiento y para desprestigiar a sus representantes? La historiografía ha aportado una rica gama de datos en relación a las cuestiones anteriores lo que se resumirán en las siguientes páginas.

Diversos estudios históricos han atestiguado la diversidad de imágenes del cuerpo y de prácticas curativas coexistiendo durante la Edad Media. Dentro de este contexto destacan, sobre todo la teoría humoral desarrollado por Hipócrates (la enfermedad es pensada como consecuencia de un desequilibrio entre los cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra) y la teoría del alma (Aristoteles) (la enfermedad como desequilibrio entre el alma vegetativo, el alma animal y el alma racional) (Coe 1984: 201). Otras concepciones interpretaban la enfermedad como castigo divino o como consecuencia de la hechicería (Coe 1984:202-211).

A la pluralidad de imágenes del cuerpo correspondió una amplia gama de profesionales que se dedicaron a curar el cuerpo y el alma. Médicos, cirujanos, boticarios y magos, curanderos, parteras, herboristas y barberos, todos se encontraron al servicio de la curación.

El tratamiento de enfermedades era parte de las tareas cotidianas de las mujeres. No sorprende que algunas de ellas se profesionalizaron y se ganaron la vida como curanderas y parteras. El área médica contó, durante el Medievo, aún con muchas mujeres. Algunas se habían formado incluso en las primeras facultades de medicina de las universidades de Bologna, Salerno y Nápoles (Anderson/Zinser 1992:442).

En cuanto a que ningún concepto de cuerpo logró convertirse en hegemónico, todas las profesiones curativas tuvieron su razón de existir (Duden 1991:39). La marginación y desaparición de muchas de ellas se debe, en buena parte, a la homogenización del imagen del cuerpo

promovida e institucionalizada por la aún incipiente ciencia. Al final de este largo proceso quedará solamente: el médico de formación científica.

La erradicación de las profesiones médicas tradicionales parece haber sido efecto de una aguda competencia. Según Coe (1984: 222), para aumentar el estatus social e incrementar los ingresos, los egresados de las facultades de medicina universitarias pronto fundaron asociaciones profesionales que regularon tanto la educación universitaria como el ejercicio profesional. Por lo común, mujeres no fueron admitidas en los gremios. A pesar de que algunas se habían graduadas en una universidad (Anderson/Zinser 1992: 42), entre el siglo XIII y XV se entablaron los primeros juicios contra ellas por carecer de licencias. Tres siglos más tarde, la profesión médico quedó completamente depurada de mujeres. El único ámbito profesional donde los hombres aún no tuvieron acceso constituyó la atención de las embarazadas y parturientas. No obstante, también esta área entró paulatinamente bajo control masculino ya que desde el siglo XV se les exigió a las parteras una licencia la cual les sería entregada después de haber pasado un examen profesional aplicado por un médico varón (Anderson/Zinser 1992: 445). Además las parteras no se podían agremiar por ley ni impartir clases a aspirantes a la profesión partera, a pesar de que algunas habían editado libros sobre obstetricia y ginecología (por ejemplo, Trotula en el siglo XIII; Louise Bourgeois en el siglo XVI/XVII o Jane Sharp hacia finales del siglo XVII). Durante muchos siglos sus obras constituyeron la única fuente de documentación de los médicos (hombres) (Anderson/Zinser 1992: 446s; Rivera-Garretas 1995:105-130). Es hasta finales del siglo XVIII, cuando los médicos se hicieron cargo del aparato reproductivo femenino fundando la gineco-obstetricia.

La marginación de las mujeres del ejercicio médico no se organizó únicamente por vía formal (leyes, reglamentos). La cazería de brujas constituyó otro canal aún más eficaz para exterminar la tradición femenina en Europa.

La tradición cultural Europea había relacionado, desde muy temprano, al género femenino con el mundo de los hechizos, encantamientos y espíritus (por ejemplo a través de los cuentos de hada). La sangre menstrual fue identificada, en muchas regiones, como una sustancia nociva. A mujeres embarazadas no se les permitió entrar a un establo. El imaginario colectivo asignó, asimismo, a curanderas y parteras poderes especiales, el ejercicio de la magia y de la brujería e, incluso, el

asesinato de recién nacidos para la celebración de misas negras (Anderson/Zinser 1992: 187-188).

No había resistencia al declarar el Papa en el 'Malleus Maleficarum' (siglo XV) que curanderas y parteras habían pactado con el diablo. No quedó otro remedio que quemarlas para salvar a la humanidad de sus influencias nocivas y hasta peligrosas (Anderson/Zinser 1992:191). A consecuencia se desató una persecución de miles de mujeres. Entre los siglos XVI y XVII murieron de esta manera aproximadamente 100 mil 'brujas'.

En la sombra de estos eventos, en Alemania, Francia, Inglaterra y Escocia los médicos lograron poco a poco acceder al cuerpo femenino ya que aceptaron jugar un papel clave en los juicios que se celebraron contra las brujas. Miles de testimonios relatan como las mujeres fueron desnudas y afeitadas para buscar las marcas del diablo. Los encargados de la revisión experta fueron, comúnmente, los barbero-cirujanos (Anderson/Zinser 1992:197).

La monopolización de la profesión médica y, más aún de la llamada gineco-obstetricia moderna, es pues resultado de una persecución sistemática de mujeres. Su exclusión de las universidades permitió eliminarlas como competidores formales en el mercado de los servicios médicos. A través de la cazería de brujas la población de parteras y curanderas se redujo drásticamente en toda Europa, por lo que ya no resultó muy difícil canalizar, hacia principios del siglo XIX, a las parturientas hacia las manos expertas de un médico.

Dentro de este proceso, los hospitales tuvieron un papel de gran importancia ya que atendió, desde el siglo XVII, aproximadamente, a gran cantidad de pobres expulsados de sus aldeas y sin arraigo ni trabajo o ingreso en las ciudades. Al enfermarse, sólo les quedó el hospital como centro de atención. En el momento que cruzaron la puerta de los centros médicos perdieron, de facto, todo derecho sobre su cuerpo. Es en estas clínicas donde los profesionales médicos convertidos en científicos se podían dedicar 'en cuerpo y alma' a explorar el cuerpo femenino hasta en sus últimos rincones. Sus pacientes tuvieron que soportar cientos de táctos vaginales efectuadas por maestros y estudiantes que los realizaron alternamente con autopsias. A consecuencia, muchas enfermas se infectaron y murieron.

Los hospitales se transformaron asimismos en los lugares donde los ginecólogos se iniciaron en el arte de la cirugía. Ahí se inventó la histerectomía como remedio para combatir la histeria femenina. Pocas operadas sobrevivieron la extracción de su útero y sus ovarios practicada aún sin anestesia (Ehret-Wagner 1994:49)

En fin, la historia de la ciencia médica, especialmente de la ginecología es, en buena parte, la historia de cómo las mujeres perdieron su autonomía sobre su cuerpo y cómo el médico (hombre) se convierte en 'protector natural' (Kniebihler 1993).

7. A manera de conclusión.

El cuerpo femenino tal como lo conocemos en la actualidad es un fenómeno histórico reciente. Como elemento significadorio del género se conoce apenas desde el siglo pasado cuando lo 'descubre' la ciencia médica. La sociogénesis del cuerpo femenino siempre se liga así estrechamente al discurso científico y, habiendo sido la ciencia durante muchas décadas una actividad casi exclusivamente masculina, a la visión patriarcal. El nuevo discurso científico elaboró una descripción del cuerpo completamente nueva y remodeló los tensores culturalmente dados. El cuerpo femenino como puente entre mujeres de diferentes espacios culturales dejó de existir. Lo anterior se acompaña de la toma de posesión del cuerpo femenino por parte del médico (hombre) y la marginación de las expertas femeninas en salud. Es tiempo que nosotras, las mujeres recuperemos nuestras tradiciones olvidadas y que creamos un discurso que podría convertirse en una alternativa médica que ayudaría a humanizar la ginecología-obstetricia.

Bibliografía

- Anderson, Bonnie S. y Judith P. Zinsser (1992): *Historia de las Mujeres. Una Historia Propia*. Vol. 1, Editorial Crítica, Barcelona.
- Dreyfus, Hubert L. y Paul Rabinow (1983): *Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics*. University of Chicago, Chicago.
- Duden, Barbara: *Geschichte unter der Haut*. Klett, Stuttgart.
- (1993): "Die Frau ohne Unterleib: Zu Judith Butlers Entkörperung. Ein Zeitdokument." En: *Feministische Studien*, no. 2.
- Ehret-Wagner, Barbara (1994): "Das Frauenbild in der Gynäkologie". En: *Zeitschrift für Frauenforschung*, vol. 12, no. 4.
- Gildemeister, Regine (1992): "Die soziale Konstruktion von Geschlechtlichkeit". En: Ilona Ostner y Klaus Lichtblau (comps.): *Feministische Vernunftkritik. Ansätze und Traditionen*. Campus, Frankfurt/New York.
- Gron, Arne (1994): "Maurice Merleau-Ponty: Wahrnehmung und die Welt". En: Anton Hügli y Poul Lübcke (comps.): *Philosophie im 20. Jahrhundert*. Tomo 1. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Jordanova, Ludmilla: "The Social Construction of Medical Knowledge". En: *Social History of Medicine*, vol. 8, no. 3, 1995.
- Kniebihler, Yvonne (1992): "Cuerpos y corazones". En: Georges Duby y Michelle Perrot (eds.): *Historia de las Mujeres. El siglo XIX. Cuerpo, trabajo y modernidad*. Taurus, Madrid.

Krasmann, Susanne (1995): "Simultaneität von Körper und Sprache bei Michel Foucault."

En: Leviathan, vol. 23, no. 2.

Lindemann, Gesa (1992): Die leiblich-affektive Konstruktion des Geschlechts. Für eine

Mikrosoziologie unter der Haut." En: Zeitschrift für Soziologie", vol. 21, no. 5.

--- (1993): "Wider die Verdrängung des Leibes aus der Geschlechtskonstruktion". En:

Feministische Studien, no. 2.

Laqueur, Thomas (1991): Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von

der Antike bis Freud. Suhrkamp, Frankfurt/Main.

List, Elisabeth (1994): Theorieproduktion und Geschlechterpolitik. Prolegomena zu einer

feministischen Theorie der Wissenschaften". En: Herta Nagl-Docekal (comp.): Feministische Philosophie. Editorial Oldenbourg, Vienna, Munich.

Lorey, Isabell (1993): "Der Körper als Text und das aktuelle Selbst. Butler und Foucault".

En: Feministische Studien, no. 2.

Maihofer, Andrea: Geschlecht als Existenzweise. Editorial Ulrike Helmer, Frankfurt/Main.

Rivera Garretas, María-Milagros (1995): Textos y Espacios de Mujeres. Europa, Siglo

IV-XV. Icaria, Barcelona.

Schücking, Beate (1994): "Schwangerschaft - (k)eine Krankheit?" En: Zeitschrift für Frau-

enforschung, vol. 12, no. 4.

Sieglin, Veronika (comp.) (1996): Mujeres en el campo a finales del siglo XX. Desarrollo rural y género. Universidad Autónoma de Nuevo León, CONARTE, CONACULTA, México.

Waldeck, Ruth (1995): "Zur Produktion des "schwachen Geschlechts". Körpergeschichte

eines Weiblichkeitsideals." En: Farideh Akashe-Böhme (comp.): Von der Auffälligkeit des Leibes. Suhrkamp, Frankfurt/Main.

Wisseborn, Elke (1996): 'La salud es llorar, la salud es reir'. Health conceptions and

practices of rural Mexican women studied from a gender perspective. Tesis de Maestría,

Universidad Agraria de Wageningen.

Universidad de Nuevo León
 Biblioteca Universitaria
 Capilla Alfonso