

“¡NADIE ME DIJO QUÉ TAN GRANDE PODRÍA SER!” CONSTRUCCIÓN
SOCIOCULTURAL DE LOS CUERPOS DE PERSONAS CON ACROMEGALIA

“NOBODY TOLD ME HOW BIG IT COULD BE!” SOCIOCULTURAL
CONSTRUCTION OF THE BODIES OF PEOPLE WITH ACROMEGALY

Luisa Fernanda González Peña^a y Mirna Isalia Zárate Zúñiga^a

^a*Escuela Nacional de Antropología e Historia. gonzalezluisfer@gmail.com;
mirnazarazun@yahoo.com.mx*

RESUMEN

En este trabajo se presentan algunos resultados de la investigación que se llevó a cabo en la ciudad de México, entre el 2010 y el 2012, en la Asociación de Acromegalia, con un grupo de hombres y mujeres que padecen la enfermedad. La acromegalia es un padecimiento que conlleva una serie de transformaciones físicas degenerativas y modifican la percepción que las personas tienen de su imagen corporal. El objetivo del presente artículo es abordar la construcción sociocultural del cuerpo acromegálico, a partir de las vivencias y los relatos de estos sujetos como actores sociales. Siguiendo la perspectiva fenomenológica, la investigación parte de una metodología cualitativa que permitió explorar e interpretar las percepciones y experiencias encarnadas en los cuerpos de quienes enfrentan este proceso de salud-enfermedad, en articulación con la propuesta teórica de Guzmán (2008), que considera seis dimensiones en el cuerpo.

PALABRAS CLAVE: Acromegalia, imagen corporal, esquema corporal, postura corporal, experiencia.

Estudios de Antropología Biológica, XXII-1: 11-35, México, 2024.

doi: 10.22201/ia.14055066p.2024.84889

ISSN: en trámite. Éste es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY-NC 4.0 DEED (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ABSTRACT

This work presents some results of the research carried out in Mexico City, between 2010 and 2012, in the Acromegaly Association, with a group of men and women suffering from the disease. Acromegaly is a condition that entails a series of degenerative physical transformations and changes the perception that people have of their body image. The objective of this article is to address the sociocultural construction of the acromegalic body, based on the experiences and stories of these subjects as social actors. Following the phenomenological perspective, the research is based on a qualitative methodology, which allowed exploring and interpreting the perceptions and experiences embodied in the bodies of those who face this health-disease process, in articulation with the theoretical proposal of Guzmán (2008), which considers six dimensions in the body.

KEYWORDS: Acromegaly, body image, body schema, body posture, experience.

*“Este cuerpo, que es mi cuerpo, no puede ser
reducido a una simple apariencia física.
En él hay una carga vivencial, imposible de analizar
con procedimientos mecánicos y objetivos.”*

MERLEAU-PONTY, 1985

INTRODUCCIÓN

El interés que tiene la antropología por la enfermedad surge de la necesidad de darle otra lectura a la misma, recobrar la historicidad de los sujetos afectados, sus percepciones y su sentir más allá de los signos y síntomas, con el objeto de rescatar cómo la construyen y representan socialmente en sus vidas cotidianas. En este sentido, el cuerpo es el eje de existencia del ser humano y la envoltura con la que nos presentamos en un tiempo y espacio. El cuerpo no sólo es una estructura anatomofisiológica producto de interacciones y funciones orgánicas, se encuentra compenetrado totalmente con factores socioculturales, psicológicos y personales, que lo proyectan hacia el mundo (Zárate 2011). González

(2012) señala que la acromegalia¹ como padecimiento representa un punto referencial para hablar de ese conjunto de procesos que afecta varias esferas de la vida del individuo, ya que implica no sólo cambios morfológicos desproporcionados a nivel anatómico, sino también irrumpe en sus estados emocionales, conlleva vivencias directas con el dolor y trastoca la percepción que cada individuo tiene de su imagen corporal.

Los estudios de crecimiento como un proceso natural ontogénico que abarca desde la infancia hasta la adolescencia han sido de relevancia dentro del ámbito de la antropología física. No obstante, el crecimiento anormal en personas de edad media, como sucede con la acromegalia, es un problema de salud que incide en un sector de la población. Su importancia reside en que esta enfermedad constriñe vidas, pues, al transformar los cuerpos, impacta en la identidad de los sujetos, así como en sus espacios de realización social. Es decir, la acromegalia configura una problemática sociocultural y de salud poco visibilizada, de ahí la trascendencia de este estudio (González 2012: 6).

El desarrollo etnográfico fue de gran utilidad durante esta investigación, pues ofrece amplias posibilidades de indagación sobre las creencias, los comportamientos y los sentimientos de las personas en su diario vivir (Mercado 2010), mismos que generalmente son ignorados por la perspectiva biomédica y son donde subyacen las posibles transformaciones de los estilos de vida y de las actitudes ante la salud, la enfermedad y su atención. El propósito de esta investigación radica en el interés de contribuir al conocimiento de este sector de la población, a fin de sensibilizar a la sociedad de la existencia de este padecimiento, mismo que configura modos distintos de andar por la vida, así como la manera de enfrentar la exclusión y la discriminación social. De ahí que, con este trabajo, se pudieron recoger las experiencias de vida de las personas entrevistadas, a fin de explorar la percepción que

¹ Enfermedad crónica que se presenta en personas que oscilan entre los 30 y 50 años, causada por una secreción excesiva de la hormona de crecimiento, producida en la glándula pituitaria. Generalmente el aumento de esta hormona se relaciona con el desarrollo de un tumor benigno, que genera un crecimiento anormal en manos, pies, produce cambios faciales por el crecimiento de los huesos, protuberancia en mandíbula, espacios interdentales más amplios, engrosamiento de la voz, nariz, labios, lengua, engrosamiento en costillas, dolores de cabeza, así como agrandamiento de varios órganos internos (Arellano *et al.* 2007).

tienen sobre su cuerpo, enfermedad, padecimiento y experiencia corporal, para dar cuenta de esta diversidad humana y de sus intrincados procesos bio-psicoemo-socioculturales (González 2012 p. 99). En este sentido, Ramírez (2007) señala que, desde la complejidad del cuerpo, se parte de una noción de hombre desde una perspectiva de objetividad, para dar paso a la subjetividad y, dentro de este nuevo interés, a la enfermedad como un eje de análisis cuya interpretación involucra al orden social, cultural e ideológico.

La perspectiva de género también fue importante en la comprensión de este padecimiento, sobre todo porque hombres y mujeres resignifican sus transformaciones corporales de manera diferencial. Las personas modelan sus cuerpos a partir de percepciones, experiencias de vida, espacios de realización y relaciones sociales, en función de su condición femenina o masculina. En este sentido, esta diferencia sexual conlleva ciertas desigualdades sociales, razón por la que es necesario reconocer que las experiencias de estas personas se vive en función de la socialización con roles y estereotipos que influyen en la percepción y relación que tienen con sus cuerpos (Moore 2004). De ahí que las mujeres sientan, perciban y expresen sus malestares de maneras distintas que los hombres.

RUTA METODOLÓGICA

El acercamiento con el grupo de estudio se logró con la observación participante y asistida en los espacios acordados por la Asociación de Acromegalia durante el 2010 hasta el 2012. Esta asociación es patrocinada por la farmacéutica Novartis. Por diversas causas, las sedes fueron cambiantes durante el tiempo que se llevó a cabo el trabajo de campo, pero se mantuvieron dentro de la ciudad de México: el hotel Camino Real, el Holiday Inn y un Centro de Salud (ubicado cerca del metro Ermita). En estas reuniones se participó activamente en las dinámicas generadas por el tanatólogo, el psicólogo y el motivador personal, además de la información vertida por diferentes médicos sobre la intervención quirúrgica y los tratamientos alópatas que se utilizan en el país. Durante estos años, se escucharon los relatos de las personas que asistían, sus dolencias y preocupaciones, sus miedos, llantos, risas, juegos y la manera como se desenvolvían, cada vez más asertivamente,

dentro de esta Asociación; se tomaron notas de cada reunión, realizamos preguntas, aprendimos los significados corporales y afianzamos la empatía. De esta manera, “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el ambiente de estos últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (Taylor y Bogdan 1990: 31), forma las pautas de la observación participante.

Durante la primera fase del trabajo de campo, se expuso el interés de la investigación a la Mesa Directiva y, una vez que fue autorizado el proyecto, se comenzó la inserción en la Asociación. De los veinte participantes sólo se logró la aceptación de quince personas con edades de entre los 30 y 74 años, y con diferentes tiempos de padecer la enfermedad. Antes de realizar la entrevista se les proporcionó un consentimiento informado y se acordó la confidencialidad en el uso de los datos, de ahí que se utilicen pseudónimos para salvaguardar la identidad de los entrevistados. En la primera sesión, se aplicó un cuestionario socioeconómico, mismo que permitió conocer datos personales sobre el contexto familiar y laboral. Se registraron sus padecimientos, dolores y emociones más comunes. Estos dos instrumentos facilitaron un acercamiento mayor con cada uno de ellos, para poder entablar una mejor comunicación, lo que les permitió hablar de sus experiencias con la enfermedad y poder lograr una entrevista a profundidad con cada uno, basada en un vínculo de confianza.

Al observar las respuestas y actitudes de los entrevistados, se percibió que las mujeres se mostraron más abiertas para expresar sus sentimientos y emociones. Sin embargo, los hombres, aunque se comportaron reservados, también se mostraron sensibles y en algunos momentos hasta lloraron, aunque sí se guardaron la información en preguntas sobre su sexualidad y no profundizaron en emociones o sentimientos sobre sus apariencias físicas. En este sentido, las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (Taylor y Bogdan 1990). Esto permite a los informantes expresarse con sus propias palabras y con toda libertad para manifestar sus vivencias y emociones, es decir, reconoce la experiencia de los sujetos de manera más detallada, lo que aporta al entrevistador los datos necesarios para el análisis. La elaboración del guion de entrevistas se centró en la percepción de la imagen corporal, en los cambios morfofuncionales antes y después de ser

diagnosticados, la carrera de la enfermedad, la manera en que afectan estas transformaciones a la identidad, y en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

LA ACROMEGALIA, UN LARGO RECORRIDO QUE SE VIVE EN CUERPO Y ALMA:
CUANDO LA ENFERMEDAD SE ENCARNA

El desarrollo teórico de esta investigación parte de profundizar en el cuerpo en relación con la ontología del hombre, con la noción de corporeidad entendida como “la expresión física, biológica y sociocultural que se ve manifestada en el cuerpo humano” (Rico 1990). Así que, de acuerdo con Mier (2003), este conjunto de interacciones aparece como una posibilidad de afectar al individuo en su todo integral. En el caso de la acromegalia, deteriora al individuo no sólo por la sintomatología y los padecimientos que genera, sino porque provoca cambios que afectan lo más visible del cuerpo de los sujetos, situación que atenta contra su identidad, pues los cambios físicos que estos sufren, generalmente disarmónicos, fragmentan la imagen que tienen de sí mismos (González 2012: 201).

López (2006) afirma que los niveles de construcción del cuerpo parten de procesos socioculturales, familiares e individuales que afectan al cuerpo al encontrarse relacionados intrínsecamente. La sociedad genera tanto pautas como estereotipos que adoptamos y llevamos a cabo como sujetos sociales, a partir de normas, estilos, hábitos, cultos y expresiones que se aprenden para formar parte de una cultura y poder ser aceptados por ella. El sujeto es, entonces, un receptor de ideas, imágenes, gestos y posturas, las cuales reproduce de manera consciente o inconsciente; en este proceso de construcción individual, cada persona capta cosas que después aprende y recrea en su vida cotidiana para estar en el mundo (Guzmán 2016). Es por ello que la acromegalia es un padecimiento que se vive en la corporeidad del sujeto, puesto que los cambios físicos que provoca generan un impacto no sólo en quien la padece, sino en su entorno, donde muchas veces es señalado, estigmatizado y discriminado por otros individuos. En palabras de Goffman (1998), el estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador que busca confirmar la normalidad del otro.

Los atributos que se consideran desacreditadores son impuestos por la sociedad y promueven valores como: juventud, delgadez, belleza, y, bajo la lógica del consumo, someten al cuerpo a prácticas cotidianas, ante la angustia por la edad, las arrugas, la salud, por rituales de control y mantenimiento, masajes, deportes y un largo etcétera (Lipovetsky 2002). Esto fomenta normas donde la cultura exige que la imagen del cuerpo cumpla con ciertos estereotipos y cánones de belleza que afectan a algunas personas que no entran en estos parámetros, como personas con obesidad, con discapacidad y que sufren algún tipo de deformidad física causada por enfermedad o accidente. De acuerdo con Goffman (1998), dichas condiciones se encuentran dentro del estigma de las abominaciones del cuerpo, donde las personas que padecen aquellas transformaciones físicas resultado de la acromegalia experimentan cambios en la identidad. Al reflexionar sobre sus estados de salud, también presentan cambios en sus actitudes, comportamientos y maneras de pensar, lo cual les lleva a resignificar el sentido de la existencia, pues como seres humanos elaboran su propia identidad y marcan su propia individualidad.

Esta experiencia puede generarles una desacreditación, que conlleva una exclusión a lo diferente, a lo que parece grotesco y abyecto, en donde se manifiesta como la noción de lo feo, que no se considera perfecto dentro de estos márgenes. Sin embargo, vale la pena cuestionar qué es la fealdad, pues ésta se ha definido como un opuesto de la belleza o como parte de una dualidad valorada a través de la subjetividad de los sujetos. La belleza y la fealdad son conceptos construidos culturalmente dentro de nuestra sociedad occidental, lo que implica la imposición de estándares y cánones que se manejan como una información global con concepciones estéticas universales, aplicables a todos por igual, cuando como seres humanos contamos con una gran diversidad de fenotipos, de ahí que no todos cumplimos con las características impuestas (González 2012: 204).

De acuerdo con Eco (2011), ambos conceptos –por lo menos en la civilización occidental– están guiados por el sentir de cada persona. Esta catalogación puede partir de lo que nos provoca placer o aversión visual y esto no significa que no se haya intentado definirlos en relación con un modelo estable, ya que el ser humano en el fondo se mira a sí mismo como medida de la perfección, es decir, se mira en el espejo y considera bello todo aquello que devuelve su imagen. Lo feo se entiende,

entonces, como un signo o síntoma de degeneración, que en el sujeto se vive con la pobreza, la fatiga, la vejez y la enfermedad, la cual, al causar estragos y deterioro en el cuerpo, genera una noción de anormalidad que se presenta de manera visible, como es en el caso de la acromegalia. En este sentido, la fealdad como construcción social resalta lo que no entra en la norma, plasma lo que no posee, lo que le es ajeno y que no se desea en su cuerpo, pues no contiene cualidades y virtudes que la integren en el cuerpo ideal, por lo que los mismos sujetos hacen notorios sus defectos y sufren por ello (Sodi 2005).

Las narrativas de este padecimiento recogidas en este trabajo fueron resultado de las entrevistas y pláticas con los sujetos del grupo de estudio y se interpretan a partir del modelo propuesto por Guzmán (2008), quien articula en seis categorías la experiencia que construye el cuerpo y sus saberes, permeada por datos culturales. Esta experiencia tiene como raíz una estructura anatomofisiológica, según como es vivida, percibida e interpretada, a partir de un esquema, una imagen y una postura corporal. De acuerdo con esta autora, el cuerpo es centro de discusión según la época y sus saberes, además de que su historia se vive como una experiencia propia. Para ello, propuso sistematizar un hilo conductor que permitiera dar cuenta del cuerpo sin fragmentarlo, elaborando un marco que proporcionara la posibilidad de pensarlo, donde se contemplan las aproximaciones más relevantes sobre él y todas las complejidades que forman parte de la experiencia corporal.

Resulta evidente que el cuerpo es una construcción; por ende, no es posible comprenderlo si al mismo tiempo no se considera al sujeto, su experiencia y el contexto cultural que lo determina. En efecto, las determinantes culturales y las experiencias individuales son necesarias para saber qué es lo que acontece al cuerpo, como se vive, se percibe y se interpreta; estas dimensiones junto con el esquema, la postura y la imagen corporal, establecen el vínculo entre cuerpo y sujeto. Para comprender las esferas que resultan imprescindibles en toda vivencia, hay que tomar en cuenta primero la experiencia cotidiana, que coloca al yo en un aquí y un ahora; la experiencia significativa, que establece la relación entre cuerpo y actos, acciones, conductas, y una experiencia liminal, que en términos culturales resulta constitutiva en el continuo hacer de una sociedad. De manera conjunta, estas tres dimensiones del sujeto se relacionan con todo su entorno; sin embargo, la experiencia

también determina cómo es dado el conocimiento, la significación y la razón, no sólo porque los datos culturales dan los parámetros, sino también porque en la experiencia está anclada la posibilidad de la cognición: en principio, porque es a través de los sentidos que el cuerpo siente y, a su vez, porque con los sentimientos se percibe, se conoce y se reconoce lo que está alrededor (Guzmán 2016).

Se ha elegido esta propuesta como marco explicativo, ya que el proceso salud-enfermedad-atención conlleva un enfoque fenomenológico experiencial, donde se hacen visibles las estructuras, la dinámica social y las acciones de atención y sentidos que ésta suscita, y se evidencia la inseparabilidad de lo biológico, psicológico, social y cultural de la corporeidad humana (Barragán 2011). Como base primordial desde la corporeidad se dan los significados y el razonamiento humano, imbricados en el cuerpo como el asiento a partir del cual se comprende y se vive, en principio, porque todo pensamiento es elaborado por un ser encarnado, pero también porque en la estructura de la racionalidad, entran en juego las estructuras de la experiencia corporal (Guzmán 2016: 67).

Para Merleau-Ponty (1985), quien ha estudiado al cuerpo desde la fenomenología, el cuerpo propio se halla presente de manera constante para uno mismo, a modo de centro ordenador de la experiencia, por lo que es imposible pensar y pensarse fuera de él. Pero el cuerpo es cuerpo vivido, por ello no puede convertirse en un objeto exterior observable y analizable, sino experimentable; por esta razón, la experiencia del propio cuerpo se da, ante todo, como un sentir: es la fusión entre cuerpo y yo, ante la que es imposible establecer una distinción. En este sentido, el cuerpo es el centro del universo personal y también el dueño de las historias individuales, pues en él está la posibilidad de la experiencia y, por lo tanto, es el que guarda lo pasado y nos instala en el presente.

La acromegalia se vive en el cuerpo propio como una experiencia percibida e interpretada. Desde estas premisas se considera importante a su vez articular una antropología de la experiencia, con una perspectiva cualitativa que dé cuenta de la vida de los sujetos, cuya existencia es una corporalidad significada, es decir, el hombre no es producto de su cuerpo, sino produce las cualidades de su cuerpo en su interacción social (Le Bretón 2002). Por ello la importancia de la etnografía de la corporeidad radica en que:

las corporeidades son múltiples, en tanto cuerpos vividos en realidades socioculturales determinadas; corporeidad que es sustrato del sentido y la significación de la experiencia cotidiana y de lo inesperado, espacio de las identidades donde se reconstruyen y establecen las prácticas y normatividades encarnadas en y por el cuerpo (Barragán 2011: 140).

De lo anterior se desprende que el cuerpo es el ser o, como decía Sartre (1972), el ser en situación o, dicho correctamente, el cuerpo es la situación del ser, lo cual implica que la corporeidad es un factor esencial en la situación humana, es decir, somos seres en el mundo. A partir del trabajo etnográfico, Ramírez señala que:

podremos reconocer que el litoral corpóreo está expresado tangiblemente, pero su sustento está puesto en una red compleja que articula individuo, sociedad y cultura, donde los sentimientos, las emociones, las percepciones sobre el propio cuerpo y su capacidad de simbolización, son esenciales para la interpretación de su propia expresión (Ramírez 2001: 650).

Así, el estudio de la subjetividad de la experiencia vivida, a través de las percepciones, emociones o sentimientos en su contexto sociocultural, pone el acento en los procesos de salud-enfermedad-atención, con la finalidad de conocer las representaciones y prácticas corporales en diversas situaciones de interacción social. Ello ha exigido la incorporación de nuevas teorías y nuevos métodos de exploración y análisis, articulados de manera holística dada la complejidad de las problemáticas sociales actuales (Barragán 2017). Desde esta propuesta, se explican los mecanismos a partir de los cuales se generan dichos vínculos, lo que obliga también a señalar de forma detallada los elementos fundamentales constitutivos del cuerpo y cómo y de qué manera se relacionan consigo mismo, es decir, con el sujeto a partir de la experiencia moldeada culturalmente. Como lo señala Guzmán (2016), un discurso viable debe revisar el cuerpo vinculado con tres elementos fundamentales: la cultura, la experiencia y el sujeto. La apuesta es que el diálogo entre ellos brindará una visión amplia. Tal premisa obliga entonces a revisar las categorías antes señaladas, con la finalidad de retomar únicamente los elementos que se consideran fundamentales para establecer qué es el cuerpo y cómo se construye.

LA EXPERIENCIA CORPORAL EN LA ACROMEGALIA, A TRAVÉS DE LAS SEIS DIMENSIONES DEL CUERPO

Los relatos de quienes viven con acromegalia muestran cómo los cambios constantes que transfiguran en sus cuerpos, aunados a otras enfermedades, los obligan a repensar nuevas sensaciones sobre el devenir, es decir, al experimentar una percepción distinta del cuerpo, ésta se modifica negativamente durante la carrera de la enfermedad. Además, estas personas se encuentran en continua búsqueda y adaptación a las nuevas situaciones que se van presentando en sus vidas cotidianas, en las que involucran aspectos internos y externos, en articulación con factores orgánicos, psicoemocionales y socioculturales, pertinentes para entender cómo construyen una nueva experiencia corporal (González 2012: 208).

De acuerdo con el modelo de Guzmán (2008), en *el esquema corporal* se encuentra anclada la estructura anatomofisiológica que, como afirma Schilder (1994), es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Por su parte, Le Boulch (1989) lo define como el conocimiento inmediato y continuo que se tiene del cuerpo en estado estático o en movimiento, en relación con el espacio y los objetos que lo rodean. Esta dimensión, aunque no es visible se proyecta en la postura del cuerpo. Las transformaciones físicas que provoca la acromegalia alteran el esquema de los sujetos, pues estos cambios se ven reflejados en la manera como los individuos se mueven, sienten y se sitúan en un espacio.

Una de las entrevistadas² dijo notar que su cuerpo no cabía en el transporte público, lo cual le causó angustia al darse cuenta de que ya no abarcaba el mismo espacio que antes en los pasillos. Esto propició que comenzara a utilizar otros transportes para no incomodar a las personas. Otra mujer³ comentó que experimentó los cambios en su cuerpo sobre todo con la ropa y los zapatos e incluso le costaba más trabajo conseguirlos de su talla. Estas situaciones ejemplifican cómo el esquema corporal se ve modificado a partir de los cambios que ocurren con la enfermedad y de la cual poco a poco toman conciencia al verse relacionados con sus entornos, ya que se ven alterados la habitualidad

² Arita, 53 años.

³ Güera, 37 años.

del cuerpo y el uso de los espacios. De esta manera se percibió cómo las personas crean nuevos modelos posturales de acuerdo con el espacio, tiempo y circunstancia.

La *imagen corporal* está anclada al esquema y a la postura y se construye a través de la percepción con los otros. La imagen no es visible, sin embargo, se proyecta en la postura y las múltiples expresiones de ésta. De acuerdo con Raich (2000), la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del mismo. Según este autor, la imagen corporal se compone de tres aspectos: perceptivos, cognitivos-afectivos y conductuales. Los aspectos perceptivos describen la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o en sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobrestimaciones o subestimaciones. En el siguiente testimonio se relata la percepción corporal que tuvo este sujeto al darse cuenta de cómo algunas partes de su cuerpo aumentaban de tamaño, lo cual le causó angustia, coraje, depresión e incluso pena de ser visto por otras personas:

Yo me di cuenta [de] que, me iban cambiando mis manos, así, un poquito gruesas, subí un poco de peso. Ya no me importa. Sí sufrí mucho, pero yo estaba más gordito. [...] De plano no salía, me cohibía, me deprimía, sin dinero... Era mucho dolor el verme en el espejo, yo decía: “¿Por qué yo? Ya valí queso, estoy muy mal”, me pegaba en la cara, “estoy amorfo” (Chico, 30 años).

Los aspectos cognitivos-afectivos incorporan tanto actitudes como sentimientos, pensamientos y valoraciones que despiertan en el cuerpo su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional, la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, entre otros. La percepción del cuerpo es negativa, ya que las personas se sienten diferentes a los demás:

A mí me costó dos años o más de estar renegando, hasta que dices: “Bueno, ¿qué puedo hacer?” [...] Y te vuelves una persona muy agresiva: “¿Qué me ves?”, y la gente se voltea, porque te están viendo (Güera, 37 años).

Los aspectos conductuales consisten en conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados al cuerpo. Algunos de los entrevistados mencionaron buscar la manera de hacer menos notorias sus deformaciones físicas: hay quienes esconden partes de su cuerpo, otros tratan de ocultarse con accesorios o con la ropa, una de ellas dijo haber hecho dietas al notar que estaba subiendo de peso. La enfermedad provoca sentimientos de inseguridad; algunos sujetos dijeron que incluso dejaron de salir de sus casas y de asistir a eventos sociales, lo que demuestra que este padecimiento los aleja de sus círculos sociales por sentirse rechazados, criticados y observados por las demás personas debido a su aspecto físico:

Antes escondía mis manos, no me importa la gente, yo sé lo que soy, esto no es nada malo. Era más guapo, que se lo diga ella [su esposa], ¿o no, Guadalupe? Aun así, yo soy el mismo de siempre, de pensamientos, todo sigue igual. Sí siento arrebatos, coraje, hacia luego mi familia, la gente que hace cosas malas (Chico, 30 años).

Otra entrevistada,⁴ por el contrario, dijo no esconderse, sino tratar de mejorar su aspecto físico: ella utiliza maquillaje para ocultar sus rasgos y lograr una mejor apariencia física. Esto le ayuda a corregir algunas distorsiones que en su rostro resaltan la fealdad. Como se percibe, la acromegalia, al alterar la imagen corporal, posibilita una sensación de un cuerpo pesado, es decir, cuando nuestro cuerpo enferma, se ve limitado a “un objeto entre objetos” y se separa del mundo con los otros para centrarse en el mundo propio, el cual se somete a la enfermedad y hace onerosa la vida cotidiana, reducida en vaivenes, y da espacio a la consciencia de los límites del cuerpo (Pfeiffer 1994).

La *postura corporal* es la dimensión visible y tangible. Aquí se observa el nivel de expresión. La acromegalia se manifiesta en el cuerpo y los cambios que genera son perceptibles por el entorno familiar, laboral y social.

Me empecé a ver las manos ya demasiado grandes, los anillos ya no me entraron. Yo usaba anillos que ahora me llegan aquí [señala su meñique], ni siquiera llegaban hasta abajo, porque yo tenía las manos muy

⁴ Licha, 46 años.

delgaditas; los dedos bien formados, pero delgados, y ya no me entró mi anillo y entonces ya me empecé a ver que sí ya estaba yo cambiando mucho (Lulú, 74 años).

Una vez una mujer aquí en el metro Hidalgo, una vieja fea, flaca y morena, me dijo: “Usted parece demonio” (Manotas, 55 años).

En este sentido, el espejo es un objeto que intimida a todas las personas entrevistadas, ya que, a partir de él, se reconocen y se refleja la realidad de sus cuerpos. El espejo desempeña un papel importante en la experiencia corporal, ya que al mirarse a sí mismos pueden observar cosas agradables y desagradables, lo cual determina que su imagen corporal sea reconocida de manera negativa o positiva. Las fotografías también son importantes en la confrontación y reconocimiento de los cambios que sufren. A partir de ellas, los sujetos ven en su imagen cómo eran y cómo son ahora; a muchos les disgusta y en sus caras se manifiesta lo que sienten, como lo comenta una de ellas: “En mi cara se puede ver mi tristeza y mi dolor” (Cachito, 47 años).

Otra mujer dijo sentirse un monstruo, por su manera de comportarse con las personas de su entorno, que ese “monstruo” que tenía por dentro se le iba a notar por fuera, es decir, iba a ser visible en su postura corporal.⁵ En la acromegalia se sufren transformaciones en distintas partes del cuerpo, pero sin duda la que causa más daño es la deformación del rostro. Estas personas mencionaron que pueden usar diario zapatos o ropa más grande; no obstante, su frustración se expresa cuando se miran al espejo todos los días y observan sus rostros con dolor y con cambios irreversibles. Es precisamente ahí donde se pone de manifiesto el estigma con el que viven, ante la vulnerabilidad que les expone lo abyecto, lo feo o lo monstruoso, como ellos lo afirmaron:

¿Qué me duele? Verme así, verme muy fea. Por eso te digo que a veces siento que no me he llegado a aceptar, así como estoy tan fea, me duele verme así. De repente cuando me pongo alguna ropa, me veo tan fea, me insulto en el espejo. [...] “Ve nada más cómo estás, ve cómo das lástima”, yo sola me insulto, ya luego le pido perdón a Dios (Arita, 53 años).

⁵ Anita, 49 años.

Cabe señalar que estas primeras categorías constituyen las dimensiones que a los sujetos les permiten tener un conocimiento del mundo como lo habitan, donde juega la mayor parte de la experiencia, y es precisamente en la cotidianidad donde el sujeto se encuentra permanentemente consigo mismo, lo cual no resulta nada desdeñable, pues la vivencia, percepción e interpretación del cuerpo propio y del otro se ubican de manera constante en un aquí y un ahora cambiante. El cuerpo vivido, percibido e interpretado son conceptos que se relacionan con los aspectos ontológicos de aquel y permiten fundamentar el enfoque fenomenológico existencial de la dimensión de lo corporal. Esta dimensión alude a los eventos que resultan significativos en la experiencia, ahí donde las acciones, actos y conductas cobran forma y sentido porque llevan a algo, dan algo, provocan algo, y donde la creación de significado permite, a través de esquemas de imágenes y proyecciones metafóricas, tener un modo profundo de comprensión que vaya más allá de una traducción de la experiencia (Guzmán 2010).

Así, desde el *cuerpo vivido* se reconoce el sentir de la enfermedad. A partir de signos sensoriales, el cuerpo manifiesta esa intención de comunicar a los otros, en la que el sujeto deja al descubierto la existencia de su corporeidad en el mundo (Zárate 2011: 282). Los siguientes testimonios muestran la vivencia con la enfermedad, a partir de estados subjetivos que los acompañan:

Parece que me corre lumbre, por eso me mandaron la primera vez a psiquiatría, es que eso les decía: “No puedo explicarles realmente lo que siento, pero haga de cuenta que me corre lumbre en la sangre, en las venas”, y ya pensaban: “Ésta está bien loca”, pues no le daban a lo que tenía yo. Por los sesentas empecé con los síntomas, en ese momento no me crecieron ni las manos ni los pies, sino los síntomas eran el dolor de cabeza y aquella sensación que hasta la fecha me viene [sensación de fuego] pero en menor cantidad (Lulú, 74 años).

Yo siento mi cuerpo cómo cambia y digo: “Bájale, bájale”. Mi hija me dice: “*Dalay*, papá”, ya le digo: “Sí, hija, mejor vete a jugar por allá, ándale”. Dura como unos 20 minutos la angustia, ya me calmo y hago mis actividades (Chico 30, años).

El sentir también forma parte de la experiencia individual y constituye la dimensión del cuerpo propio (Guzmán 2016), pues no se

puede separar la individualidad de la corporalidad, ya que en ambas se torna de manera integral la experiencia. Como lo plantea Aisenson (1981), para que un individuo tenga conciencia de su existencia debe hallarse en una determinada situación, es decir, la corporalidad debe ubicarse en un tiempo y un espacio. El siguiente relato muestra el cuerpo como punto de referencia para cada situación propia, ya que no se vive de manera aislada; la experiencia individual reflexiona sobre lo que los otros no alcanzan a comprender. Una de las mujeres comentó que los médicos no tienen idea de lo que en verdad sienten los pacientes, aunque sepan mucho de otras cosas:

Fíjese que a mi tía le dolía el cerebro y un doctor le dijo que era porque tenía la presión baja. Lo que me pasó cuando me diagnosticaron la acromegalia era que yo les decía a los doctores esto y ellos decían: “No, no es por eso”, y yo dije: “¡Ay, qué raro que le hayan dicho eso a mi tía!” [...] y ¿qué cree? ¿Sabe qué, doctora? Yo creo que ustedes aprenden mucho de los pacientes porque hay veces que tienen el conocimiento, pero realmente el dolor lo sentimos los pacientes. Habrá cosas que ni ustedes siquiera se imaginan (Chabela, 66 años).

Este relato ejemplifica que la corporalidad es el vehículo de nuestro estar en el mundo, como lo enfatiza Merleau-Ponty (1985). El sujeto desarrolla con la vivencia su conciencia a partir de su relación con la corporalidad, pues “es el campo primordial donde confluyen y se condicionan todas las situaciones vividas a través del cuerpo, el cual se nos va haciendo cada vez más personal” (Godina 2001: 13).

Asimismo, el *cuerpo percibido* se construye a partir de la forma en que captamos el mundo, de esta manera el sujeto aprehende lo que percibe de sí y lo que los demás perciben de él. Es aquí donde el cuerpo en cuanto encarnación de la existencia cumple la función de vínculo con los demás entes y no se puede desligar de la manera en como se sitúa en el mundo. La cultura constituye un aspecto determinante en la realidad que vive el cuerpo con el mundo que lo rodea. Se construye socialmente, a partir de que un sujeto aprende a recibir y a estar en un entorno, por medio de sistemas perceptivos y receptivos que le permiten tener esa aprehensión, a través de sus vivencias personales:

Es una de las enfermedades más fuertes que hay, y no podemos compararla con el cáncer, no podemos decir que sea más o menos. ¿Pero por qué es más? Porque ésta nos deja señalados a la vista de la sociedad, ¿sí?, la sociedad nos ve con cierto morbo, por la deformación de nosotros, hay cierto morbo y en muchos lugares hay rechazo (Lulú, 74 años).

Los procesos de socialización también influyen en la delimitación corporal, puesto que se da una interiorización y una percepción que implican un proceso de propiocepción, en el que se establecen enlaces internos (sensoriales, sentidos y percibidos) que involucran a todo el cuerpo. Como lo afirma Aisenson (1981), percibir es estar en relación con una ubicación que ofrece el cuerpo, la cual se vincula con el tono con el que el cuerpo siente, sea con ligereza, pesadez, fusión, constricción, lentitud, aceleración, situaciones que influyen en la experiencia que el sujeto tiene consigo y con el mundo. Por ejemplo, una de las entrevistadas⁶ señaló que su padecimiento lo relaciona con un castigo de Dios, y al sentirse ahora bien con él, pudo cambiar la percepción que tiene de su enfermedad. La reducción que hace la fenomenología para explicar los aspectos humanos toma en cuenta la consciencia que tiene cada sujeto para captar cualidades sensibles del mundo, es decir, la percepción es el umbral que conecta al individuo con su entorno. El dolor es una percepción que ha sido fundamental en el reconocimiento de lo que nos hace humanos (Morris 1994) y expone la vulnerabilidad ante la enfermedad:

Antes nunca me dolió nada, me dolió verme gorda, me dolió verme deforme, ¿no? Pero no me dolía nada (Güera, 37 años).

Una enfermedad mucho, muy difícil. Me daban droga y no me hacía, yo me azotaba, yo me quería aventar de la azotea, me quería cortar las venas, yo me encerraba en mi cuarto y me azotaba del dolor (Cachito, 47 años).

En la enfermedad el dolor constituye una apertura perceptiva y permite entender la visión que tiene cada sujeto sobre la manera como experimenta la enfermedad, la percepción va acompañada de palabras que permiten comprender los significados. Algunas participantes (Peque,

⁶ Anita, 49 años.

Licha y Arita) expresaron hacer uso de metáforas para poder interpretar sus experiencias corporales, de esta manera logran describir, explicar y clasificar lo que observan y sienten. Es decir, en el cuerpo es donde se realizan las metáforas, ya que es la única forma de comprender, comunicar, aprehender, crear y conocer el mundo que nos toca vivir (Barragán 2011). Este nivel de expresión se da a partir del lenguaje y se refleja a partir de la última dimensión que se reconoce: el *cuerpo interpretado*, en la que las palabras sirven para transmitir la experiencia, definida como “una vivencia significada que condiciona el sentido, la significación y resignificación de la interacción social, el cuerpo y la vida misma” (Barragán 2007: 97).

A partir de los significados y valores que les otorgamos a las palabras, creamos cultura, es decir, se genera un sistema de símbolos y de significados que se comparten por los miembros del grupo. Por ejemplo, el concepto que la sociedad ha construido de belleza define ciertos parámetros que llevan a que los sujetos se clasifiquen dentro de lo “normal” o lo “anormal”; así, estos principios y valores se reconocen como los significados que la sociedad les confiere a los cuerpos dentro de un imaginario colectivo. En los siguientes casos se observa que las interpretaciones que los sujetos hacen de sus cuerpos se relacionan con algunas representaciones visuales que la misma cultura ha creado para clasificar lo diferente, lo raro y lo abyecto, mismas con las que los sujetos se reconocen:

¡Aaay, no soy la única, hay muchos como yo! No soy rara, no soy el único bicho raro. Como en aquel entonces no conocía de Dios, yo me sentía como un bicho raro, un espécimen, un monstruo (Anita, 49 años).

Luego me acuerdo de la canción de “Eres diferente, diferente al resto de la gente”. Sí, luego digo, así como para hacer nuestro himno de los acromegálicos (Peque, 69 años).

Aparte de que me estoy deformando, todo lo que me pasa, pues es por eso. Las manos, miren cómo las tengo, como de monstruo. Yo me empezaba a llamar así (Arita, 53 años).

Para otros de los entrevistados, el cuerpo es portador de una carga plena de sentidos, ya que les permite hacer una reflexión del padecimiento para darle una nueva interpretación a sus vidas. Goffman (1998) afirma que la persona estigmatizada adopta la actitud del “buen

ajuste”, lo que provoca un carácter fuerte o una profunda filosofía de la vida, donde las metáforas sirven como recursos para comprender y comunicar al mundo lo que a los individuos les ha tocado vivir (Barragán 2011).

Para mí es un cambio de vida, de una transformación, en tu cuerpo y en tus sentimientos (Güera, 37 años).

Ya no me importa si me ven algún cambio físico, porque son como las marcas de guerra. Si lo ves, esto marca que he sufrido mucho y he evolucionado, yo creo que como persona, porque te digo que yo era muy egocentrista y ahorita ya no, ya siento que no sólo pienso en mí (Güera, 37 años).

CONSIDERACIONES FINALES

Las narrativas constituyeron un recurso útil para conocer los sentimientos y emociones de estas personas, pues forman parte de una condición corpórea. A partir de ella, las dimensiones sensoriales y perceptibles permiten la construcción de pensamientos para interpretar lo sentido. Los testimonios de los entrevistados reflejan dolor, mismo que es signado por cuestiones de género. Así, las mujeres resultaron las más afectadas en relación con su imagen corporal, situación que les provoca cambios en su estado anímico, aunado al impacto en todos sus ámbitos de realización personal, es decir, las transformaciones físicas trastocan no sólo el nivel fisiológico, sino también el emocional y de relaciones sociales.

La acromegalia altera el esquema corporal, ya que en este nivel los sujetos perciben los primeros cambios de la enfermedad, los cuales suelen iniciar con el crecimiento de los pies y las manos, signos que los alertan de que algo está sucediendo en sus cuerpos. En esta fase, algunas personas asocian dichos cambios a causas no patológicas, quizá resultado del proceso de envejecimiento o por cuestiones de sobrepeso, lo que los lleva incluso a adaptar su esquema a sus nuevas condiciones. Sin embargo, con el paso del tiempo, experimentan de manera paulatina otros cambios: sudoración excesiva con un olor penetrante, fatiga crónica, apnea del sueño, engrosamiento de la voz y aparición de vello facial. Cuando estas modificaciones comienzan a alterar de

manera drástica la vida de las personas es cuando se dan cuenta de su gravedad, pues no sólo son percibidos por ellos mismos, sino por las personas que los rodean.

El modelo teórico propuesto para el análisis permitió obtener una visión integradora del cuerpo, a partir de dimensiones en las que la acromegalia se expresa a nivel físico y en articulación con la situación ontológica de las personas. A través de estas vivencias, se logró ubicar esa parte intangible que logra unificar la noción de cuerpo-persona del sujeto y que permite conocer la subjetividad de la experiencia. Asimismo, la enfermedad se percibe y se interpreta de manera diferencial por razones de género. Algunos de los hombres del grupo de estudio mencionaron identificarse con personajes del cine, el arte, la lucha libre, debido a que los rasgos característicos de esta enfermedad, como la robustez, la gran estatura, el tamaño de sus manos y pies, así como la voz ronca, se asocian positivamente con características masculinas. No obstante, resulta paradójica esta imagen corporal con la debilidad física que caracteriza a esta afección.

Para el caso de las mujeres, este tipo de características físicas no las favorecen desde los parámetros culturales de belleza, pues, a diferencia de los hombres, en Occidente se resaltan los rasgos delicados y una apariencia más débil. En este sentido, las mujeres se ven más afectadas en la manera de concebir su imagen corporal, ya que las modificaciones físicas que sufren con la acromegalia las llevan a percibirse desde la fealdad; por ello tienden a aislarse y sienten que pierden su feminidad con el crecimiento desproporcionado de algunas partes de sus cuerpos. Los rasgos toscos les provoca un rechazo constante de su imagen corporal, incluso algunas dijeron romper las fotografías de su pasado, para evitar con ello un mayor sufrimiento. Por otro lado, hombres y mujeres comentaron que el encuentro con familiares o conocidos que no han visto por años les resulta incómodo, pues perciben sus cambios físicos y los comentarios al respecto suelen ser molestos, razón por la que prefieren la convivencia con personas que conocieron después de las transformaciones físicas más acentuadas.

La acromegalia es “una enfermedad cruel”, como lo menciona una de las entrevistadas, ya que la persona se siente invadida, su cuerpo ha sido usurpado por un gigante que sólo aparece cuando se mira al espejo. Ese gigante aleja a los que los rodean y les genera inseguridad para relacionarse con otros. Los sujetos están conscientes de que

ese “algo” no se puede arreglar y se aíslan, creando mecanismos para defenderse de los demás.

En esta investigación se observó que este padecimiento genera en las personas una mayor conciencia de sus cuerpos, en la que se impregnan varias subjetividades en una continua búsqueda y adaptación de las nuevas situaciones que se van presentando en la cotidianidad. Cada persona nació, creció y vivió durante un trayecto largo de su vida dentro de la normalidad, sin sufrir ni pensarse con una situación que implicara resignificar e interpretar su cuerpo en esta nueva condición, que día a día se deconstruye para dar paso a otras modificaciones, sensaciones y condiciones que materializan el estar en el mundo. Lo incongruente de la acromegalia es que, aunque aumenta la persona de tamaño, su imagen, es decir, la percepción de la imagen que se ha creado en el cuerpo, se devalúa, subestima su persona, se cataloga dentro de lo feo o abyecto, lo cual les produce incluso un rechazo a sí mismos al mirarse al espejo. Esto resalta que el cuerpo puede convertirse en un extraño para el sujeto mismo.

El tiempo es otro enemigo, pues los sujetos no sólo luchan contra la “fealdad”, tienen que contrarrestar los efectos del tiempo, pues verse viejo también es un rasgo de la fealdad y de decadencia. La aversión a cuerpos voluminosos también los hace indeseables y les genera rechazo al propio cuerpo, como apunta Lipovetsky (2002). Esto nos lleva a concluir que el ser humano se encuentra inmerso en distintas situaciones durante su trayectoria de vida, en las que se pueden presentar riesgos que exponen la vulnerabilidad de los individuos, interrumpiendo sus estados de bienestar. Como ya se explicó a lo largo de este trabajo, la acromegalia es una enfermedad que, además de afectar el *soma* de los individuos, también involucra otras esferas de sus vidas, situación que nos obliga a pensar que los seres humanos estamos signados por la fragilidad y la finitud de nuestro ser. Tales condiciones nos permiten reflexionar nuestro devenir a través de una experiencia en el aquí y el ahora, sobre todo cuando la enfermedad se convierte en una vivencia cotidiana, más aún cuando se trata de una enfermedad crónico-degenerativa, que trastoca nuestro cuerpo/existencia y transforma nuestra corporeidad.

Como antropólogos nos corresponde escuchar desde la voz de quienes viven en carne propia la enfermedad, sobre todo porque, como lo expresaron los informantes de este grupo de estudio, la enfermedad

se vive en silencio y soledad. Es un estruendo interno, que se mantiene utilizando metáforas para compartir la experiencia, se resignifica día a día en su entorno y, como consecuencia, se adopta una nueva filosofía de vida. En cuanto a la relación médico-paciente, se aprecia que los primeros utilizan todavía el pensamiento dicotómico en donde la persona no existe, la voz de los pacientes se diluye en los consultorios de los servicios públicos, un tanto por la saturación del servicio, otro por la atención deficiente, la carencia de medicamentos, donde la deshumanización forma parte de la práctica médica y se olvida que es una persona quien sufre y vive el padecimiento.

En este sentido, una entrevistada expresó: “¿Sabes lo que necesitamos?, un doctor acromegálico para que realmente entienda nuestro sentir”, razón por la cual la misma Asociación a la que asisten les permite una convivencia social a través de las redes de apoyo que construyen, dándoles la posibilidad de sentirse y conformar un “nosotros”. Este espacio les concede también el reconocimiento de sí mismos a partir de los otros, pues muchos de ellos se ven reflejados en sus compañeros y cambia la percepción de su padecimiento, cuando se dan cuenta de que otras personas también viven las mismas dificultades, algo que hace más objetiva su perspectiva de la enfermedad, su resignación y aceptación.

LITERATURA CITADA

AISENSEN, A.

1981 *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. Fondo de Cultura Económica, México.

ARELLANO, S., P. AGUILAR, B. DOMÍNGUEZ, A. ESPINOSA, B. GONZÁLEZ, E. SOSA, M. MERCADO, G. GUINTO, I. MARTÍNEZ, E. HERNÁNDEZ, A. REZA, L. PORTOCARRERO, A. VERGARA, F. VELÁSQUEZ Y E. RAMÍREZ

2007 Segundo Consenso Nacional de Acromegalia: Recomendaciones para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15: 7-16.

BARRAGÁN, A.

2007 La enfermedad como experiencia: problema de investigación de la antropología física. En B. León Parra y F. Peña Saint Martin (coords.),

Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México: 97-118.

BARRAGÁN, A.

- 2011 El cuerpo experiencial en el proceso salud-enfermedad-atención: objeto de estudio de la antropología física. En A. Barragán Solís y L. González Quintero (eds.), *Complejidad de la antropología física*, t. II. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México: 473-498.

BARRAGÁN, A.

- 2017 Los métodos cualitativos para la comprensión del sentido y significado de la subjetividad. En L. González Quintero y A. Barragan Solís (eds.), *Antropología física, disciplina bio-psico-social*. Secretaria de Cultura-Instituto Nacional de Antropología e Historia, México: 135-168.

BOULCH, L.

- 1989 *Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética*. Paidós, Buenos Aires.

LE BRETÓN, D.

- 2002 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires.

ECO, U.

- 2011 *Historia de la fealdad*. Debolsillo, Barcelona.

GODINA, C.

- 2001 La teoría de género en la perspectiva fenomenológica del cuerpo vivido. Tesis, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

GOFFMAN, E.

- 1998 *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

GONZÁLEZ, L.

- 2012 “Nadie me dijo ¡que tan grande podía ser!” Percepción y experiencia corporal en personas con acromegalia. Tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

- GUZMÁN, A.
2008 *Revelación del cuerpo. La elocuencia del gesto.* Tesis, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.
- GUZMÁN, A.
2010 Reflexiones encarnadas: cuerpos que se piensan a sí mismos. *Federación Latinoamericana de Semiótica*, 16: 22-32.
- GUZMÁN, A.
2016 *Revelación del cuerpo, la elocuencia del gesto.* Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- LIPOVETSKY, G.
2002 *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas.* Anagrama, Barcelona.
- LÓPEZ, S.
2006 *El cuerpo humano y sus vericuetos.* Porrúa, México.
- MERCADO, M.
2010 Rarezas fascinantes en la endocrinología: La acromegalia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 18 (2): 76-77.
- MERLEAU-PONTY, M.
1985 *Fenomenología de la percepción.* Planeta-De Agostini, Barcelona.
- MIER, R.
2003 Condenados al sentido. En Primer Coloquio sobre el Sentido y la Significación. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- MOORE, H.
2004 *Antropología y feminismo.* Instituto de las Mujeres-Universidad de Valencia, Madrid.
- MORRIS, D.
1994 *La cultura del dolor.* Andrés Bello, Santiago de Chile.

- PFEIFFER, L.
 1994 *La condición corporal*. Biblos, Buenos Aires.
- RAICH, M.
 2000 *Imagen corporal*. Pirámide, Madrid.
- RAMÍREZ, J.
 2007 Nuevos retos en el estudio de la enfermedad desde la antropología física. *Estudios de Antropología Biológica*, XIII: 863-883.
- RAMÍREZ, J.
 2001 El trabajo etnográfico. Un olvido de la Antropología Física. En E. Serrano Carreto y M. Villanueva Sagrado (eds.), *Estudios de Antropología Biológica*, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto Nacional de Antropología e Historia-Asociación Mexicana de Antropología Biológica, México: 635-653.
- RICO, A.
 1990 *Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad*. Abya Yala, Quito.
- SARTRE, J.-P.
 1972 *El ser y la nada*. Losada, Buenos Aires.
- SCHILDER, P.
 1994 *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Paidós, Buenos Aires.
- SODI, L.
 2005 La fragmentación de lo humano. Historia de la dicotomía cuerpo-alma. Tesis,, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- TAYLOR, J. Y R. BOGDAN
 1990 *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Buenos Aires.
- ZÁRATE, M.
 2011 La significación del dolor en las modificaciones corporales. Tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.