

LA ENFERMEDAD COMO ACONTECIMIENTO BIOPOLÍTICO

ILLNESS AS A BIOPOLITICAL EVENT

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ GARCÍA
CONICET-Universidad Nacional de Tres de Febrero
miguelmartinezgarcia@gmail.com

RESUMEN: En este artículo realizamos un análisis de la última parte de la obra de Gabriela Liffschitz. En ella, la escritora y fotógrafa argentina elabora poéticamente una experiencia de cáncer de mama. Aquí, creemos, en primer lugar, que la enfermedad es vivida y entendida como un "acontecimiento", de acuerdo a los desarrollos teóricos de este concepto de autores como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Jacques Derrida o Alain Badiou. En segundo lugar, creemos que este hecho –la fidelidad al acontecimiento del cáncer– es el que habilita a la autora a construir una posición de resistencia frente a los dispositivos biomédicos y biopolíticos contemporáneos. Desde esta posición, en tercer lugar, Liffschitz impugna el efecto de individuación de dichos dispositivos y pone en juego una forma de "ser-en-común" que hace más habitable su vida y su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad; cáncer; biomedicina; biopolítica; acontecimiento

ABSTRACT: This paper presents an analysis of the latest work by Gabriela Liffschitz, where the Argentinean artist poetically works out a breast cancer experience. Firstly, we will discuss how illness is lived and understood as an "Event", by following the theoretical background of this concept in authors such as Michel Foucault, Gilles Deleuze, Jacques Derrida or Alain Badiou. Secondly, we will explain how this position towards the Event of cancer will allow Liffschitz to build up a position of resistance against contemporary bio-medical and biopolitical apparatus. Finally, we will explain how it is through this position towards illness, that the author challenges the effect of individualization of such as apparatus and puts a way of "Being-in-Common" which makes her life and illness more habitable.

KEY WORDS: Disease; Cancer; Biomedicine; Biopolitics; Event



1. ACONTECIMIENTO

Gabriela Liffschitz nace en Buenos Aires en 1963. En las décadas de los 80 y los 90 trabajó en distintos medios de comunicación (radio, prensa) y realizó varias exposiciones como fotógrafa. Entre 1990 y 1995 publicó además dos novelas breves: *Venezia* (1990) y *Elizabetta* (1995). A finales de 1999, con 36 años de edad, le diagnostican un cáncer de mama. En *Efectos colaterales*, su cuarto libro, publicado en 2003, este hecho aparece narrado del siguiente modo:

A fines del año 1999, mi ginecólogo me informó que tenía cáncer. Dos días después el mastólogo me explicó que deberían hacerme una mastectomía. Al principio no lograba distinguir entre el aluvión de sensaciones que me recorrían como si mi cuerpo fuera una pista de alta velocidad, ningún sentimiento preciso; demasiado rápido todo parecía diluirse, tranquilidades y certezas. Las seguridades que se tienen en la vida resultaban ahora desnaturalizadas, de repente irreconocibles. (Liffschitz 2003)¹

Como se intuye aquí, y como sucede en otros textos literarios contemporáneos, la enfermedad es entendida en este texto como un "acontecimiento". En *Un final feliz*, que se publica póstumamente, después de la muerte de Liffschitz, el cáncer es definido, de hecho, explícitamente, como tal (2009: 98). Esta dimensión de la enfermedad está relacionada, tanto en las obras de la narradora argentina como en otras recientes (*Ebrio de enfermedad*, de Anatole Broyard; *La enfermedad*, de Alberto Barrera Tyszka; o "El intruso", de Jean-Luc Nancy; por citar solo tres ejemplos) con el instante de la comunicación del diagnóstico. Es de facto la reacción que provoca el conocimiento del diagnóstico en los sujetos de los relatos de Broyard (2013), Nancy (2006), Barrera Tyszka (2006) o la propia Liffschitz (2003 y 2009) lo que nos permite verificar que la enfermedad puede ser entendida como un "acontecimiento", de acuerdo a una serie de teorías que giran alrededor de este concepto y que se han sido elaboradas en las últimas cuatro décadas por parte de filósofos como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Alan Badiou o Jacques Derrida.

La correspondencia entre las imágenes literarias de la enfermedad y el concepto de acontecimiento se articula a partir de tres características fundamentales: su "materialidad" ("Es al nivel de la materialidad –escribía Foucault– como [el acontecimiento] cobra siempre efecto y, como es efecto, tiene su sitio, y consiste en la relación, la coexistencia, la dispersión, la intersección, la acumulación, la selección de elementos materiales") (1992: 47-48); su "incalculabilidad", en la que insistía sobre todo Derrida (1999 y 2011) y que Foucault (1992) o Garcés (2013) han matizado. Estos últimos reconocen que quizá no sea posible calcular con total precisión la irrupción de un acontecimiento, pero insisten en que puede ser previsto de modo aproximado teniendo en cuenta sus condiciones de aparición; y, finalmente, su capacidad para romper el contexto y la vida en los que se materializa (Garcés 2013, Foucault 1992, Mèlich 2010). Esto supone que el

¹ La edición de *Efectos colaterales* del año 2003 del Grupo Editorial Norma no está paginada.

sujeto es expuesto a una situación cuya naturaleza desconoce y a la que es radicalmente vulnerable. Ante un acontecimiento definido de este modo, el sujeto puede reaccionar de dos formas distintas: “puede negarse al acontecimiento” (como afirma un personaje de un poemario de Chantal Maillard) (2004: 57), es decir, dejar que los dispositivos que lo protegen de él hagan su trabajo y lo inserten en un horizonte de significado conocido, en el que se puede tratar con él a partir de ciertas referencias previas. En el caso de la enfermedad, esto significaría que dejamos que el discurso y la práctica médica conjuren su dimensión de acontecimiento y la reduzcan a una anormalidad fisiológica; o, por el contrario, puede abrirse a él, también a la enfermedad como acontecimiento, y serle “fiel” (como diría Badiou) (2000), para construir, desde esa situación de no saber en que su irrupción le deja, una experiencia genuina y responsable –si hablamos de una enfermedad, más acá de las referencias biomédicas preestablecidas. Esta disyunción, entre las dos formas posibles de vincularse al acontecimiento, a la que se ve expuesto el sujeto y que el propio acontecimiento genera, constituye, en el caso de la enfermedad, un problema también biopolítico.

Como sabemos desde el primer volumen de la *Historia de la sexualidad* (Foucault 2012), el discurso y la práctica médica cumplen una función central en la articulación de las sociedades biopolíticas modernas y contemporáneas. A partir del momento en que los gobiernos de los Estados-nación empiezan a preocuparse por el crecimiento económico y comienzan a ajustar su economía a un modelo de producción de inspiración liberal, la vida de los individuos –primero– y la vida biológica de la población –después– entran a formar parte de las preocupaciones del poder (Foucault 2006, 2008 y 2012). Según Foucault, es la puesta en marcha de una “*anatomopolítica del cuerpo humano*”, en primer lugar, y de una “*biopolítica de la población*”, en segundo, lo que permite que este proceso de administración de la vida se realice de forma continua y satisfactoria –rentable– para el poder. Es en este punto, entonces, donde entra en juego la práctica médica. En tanto que el (bio)poder ahora necesita “cuidar” y “administrar” la vida de la población (“al poner al cuerpo en el centro de la política y a la posibilidad de la enfermedad en el centro del cuerpo”, como señala Esposito) (2005: 26), de modo que se ajuste a un determinado modelo de economía política, precisa de una práctica que le proporcione el saber y las herramientas necesarias para hacerlo: esto es, la (bio)medicina.

No es casual ni carece de importancia para la relación entre biopolítica y biomedicina el hecho de que ambas prácticas compartan una idea de cuerpo y de individuo. De hecho, es de la práctica médica desde donde estas ideas se trasladan a la práctica política, una vez que la medicina les ha dado a ambas, a la idea del “cuerpo-máquina” (Le Breton 2002) y la idea de “individuo” (Foucault 2007), carta de naturaleza. El biopoder se erige, desde su origen y hasta la fecha, y a pesar de sus múltiples transformaciones, como un poder de individuación, de la misma forma y en buena parte gracias a que la biomedicina se ha configurado, en su devenir histórico, como una ciencia del individuo. En efecto, sabemos en primer lugar que desde principios del siglo XIX, con el “nacimiento de la clínica”, la enfermedad quedará reducida a una anormalidad funcional del cuerpo y será

desvinculada de todo aquello que no pueda ser localizado en la masa corporal; y sabemos, en segundo lugar, que es a causa de este proceso de evolución de la práctica médica y su concepto de enfermedad que el concepto de "individuo" adquiere un estatuto "científico". Debido a que la enfermedad ha podido ser observada y reconstruida en el interior de un organismo, de un cuerpo, se puede organizar, por fin, alrededor de este, de ese cuerpo individual, del individuo, un lenguaje y una práctica racionales. Es decir: también una biopolítica (Foucault 2007: 269-275).

Volvamos ahora a Liffschitz. ¿Qué implicaría entonces, en este caso, "negarse al acontecimiento" de la enfermedad y dejar que el dispositivo médico cancele y llene el vacío de sentido que su eclosión produce? En primera instancia, y antes de que se generen otros efectos concretos sobre el cuerpo y la subjetividad de la diagnosticada, la individualización de la enfermedad. De hecho, el conjunto de los tratamientos, las distintas posibilidades de intervención quirúrgica, la significación que se atribuye al cáncer en los espacios médicos, la objetivización del sujeto enfermo, etc., dependen de esta primera demarcación. ¿Qué podría ocurrir, por otro lado, si el sujeto que ha recibido el diagnóstico de cáncer acoge la dimensión de acontecimiento que le acompaña y no se pliega, o no al menos completamente, acriticamente, a los protocolos de acción médica? Los libros de Liffschitz son una respuesta a esta pregunta, en tanto que el sujeto que habla en ellos parece haber llevado a cabo esta última opción.

Leamos de nuevo el pasaje de *Efectos colaterales* que citábamos más arriba, en el que la narradora Gabriela Liffschitz afirma que los saberes y "las seguridades" que tenía hasta ese momento y que le servían para orientarse en el mundo se vuelven inservibles, "irreconocibles", ante el acontecimiento de la enfermedad: "Demasiado rápido –escribe– todo parecía diluirse, tranquilidades y certezas" (2003). No hay ningún saber que atrapar ahí, ningún "sentimiento preciso" en el que refugiarse. Sin embargo, apenas dos días después, durante el transcurso de la cita en la que se le ha comunicado la necesidad de someterse a una mastectomía, la narradora ya es capaz de distanciarse de algunos de los significados que el cuerpo médico comienza a atribuirle a la enfermedad y de intuir que su experiencia de la misma podría transcurrir por otros cauces:

Antes que nada, noté la incomodidad del médico... Daba la sensación de estar hablando de algo aberrante. Era una escena bastante peculiar (así, a la distancia): había cuatro hombres –tres médicos y mi ex pareja– y yo. Dos de ellos estaban perplejos, pálidos, consternados. Los otros dos intentaban dar una impresión más bien pragmática, pero trataban de no mirarme. Entonces me di cuenta de la diversidad de posiciones que esta circunstancia podía originar. Una distancia de apreciación se instaló de inmediato a partir de lo que estaba pasando y particularmente con relación al valor de un seno. Hacía dos días que me habían dicho que tenía cáncer. ¿Qué importaba la teta? No lograba entender. Yo tenía miedo, confusión, extrañeza, pero una sola cosa clara, operarme cuanto antes. (Liffschitz 2003)

En este pasaje, se concentran algunos de los motivos relacionados con la enfermedad que van a ser objeto de redefinición, de re-escritura, en los textos de Liffschitz: las concepciones dominantes del cáncer (que también desde el discurso médico, al contrario de lo que sostenía Susan Sontag en *La enfermedad y sus metáforas* [1996], se asocia a “algo aberrante”), los problemas de comunicación entre médicos y enfermos, las permeables y problemáticas fronteras entre la medicina (la cirugía, aquí) y el cuidado de la imagen (también dominante y asociada a los *media*) del cuerpo, etc. En cualquier caso, la hablante, al percibir que no existe una sola forma de tratar con ella, con la enfermedad, queda de inmediato, de alguna manera, al margen de dichos motivos. De este modo, su no-saber permanece indemne a los discursos que rodean el cáncer (especialmente, el discurso médico) y no es sustituido por ellos, más allá de que la enferma decida, desde ahí, operarse. Es desde su no-saber, desde la dilución de todas sus certezas, desde donde elige someterse a la mastectomía. Y es desde ahí donde empieza a elaborar la “posición” (o las “posiciones”) que quizá pueda ocupar, y desocupar, durante la experiencia de su enfermedad –desde donde construye su fidelidad al acontecimiento del cáncer. El diagnóstico, en definitiva, como escribe más tarde en *Un final feliz*, “nada decía sobre el en sí del acontecimiento (ser bueno o malo, negativo, positivo o intrascendente) sino que el contenido, el signo, le sería aportado por el sujeto puesto en juego –o puesto a jugar, como fue mi caso” (2003 y 2009: 98).

Cuando hablamos de “experiencia”, aquí, lo hacemos por tanto en relación con el concepto de “acontecimiento” que estamos manejando. En particular, nos referimos al proceso que inicia el sujeto que se ha abierto a la “ruptura” que el acontecimiento, en este caso un cáncer, ha causado en su vida. Aquí advertimos que, en el proceso de fidelidad hacia el acontecimiento de la enfermedad y en el proceso de elaboración de dicha experiencia, el sujeto debe inventar una nueva forma de relacionarse con su situación de vida (que se había fracturado con la irrupción del cáncer) y que es esto lo que le permite, de algún modo, convertirse en un “nuevo sujeto” (Aleman 2012: 54-55).² En dicho proceso, que no deja de ser entonces un proceso de “auto-subjetivación” o “subjetivación de sí”, el sujeto puede colocarse en una posición de resistencia con respecto a los procesos de producción de subjetividad (de saber sobre el sujeto, de individuación) de los dispositivos biopolíticos actuales. De hecho, en última instancia, este proceso puede, incluso, constituirse como un proceso de “de-subjetivación” a partir del cual ese “nuevo sujeto” lo es tanto (“nuevo”) que ni siquiera puede reconocerse como tal –como individuo. La noción de experiencia que se pone en juego en este punto se corresponde por ende con la idea de la “experiencia-límite” de Foucault: es decir, como una experiencia que conlleva a la vez un “máximo de

² “El hecho de que el ‘Acontecimiento’ perfore la situación y al saber dominante que la regía, no sirve de nada si a su vez no se constituye en un llamado a la construcción-interpretación que transforme a ese ‘Acontecimiento’ en una transmisión nueva. El prestigio, el aura... del acontecimiento..., más allá de fascinarnos, debe ser la ocasión para la reestructuración simbólica que haga posible el advenimiento de un nuevo sujeto” (Aleman 2012: 54-55).

intensidad" y de "imposibilidad" y que acaba por "arrancar al sujeto de sí mismo" (cit. en Morey 2014: 151-154).

2. EXPERIENCIA

¿Cómo se desarrolla en los textos de Liffschitz el proceso de elaboración de la experiencia de la enfermedad? ¿Cuáles son las fases que atraviesa? ¿A partir de qué actos o situaciones se despliega? ¿En qué motivos se ancla? Básicamente, en la propia enfermedad y en el cuerpo, pero también, desde aquí, en motivos tales como el cuerpo femenino, lo erótico, el deseo, la sexualidad e incluso el concepto de individuo. Veámoslo punto por punto.

Una vez que se ha relatado el contexto en el que emergen los libros (la comunicación del diagnóstico, el *shock* inicial, etc.), encontramos, entonces, en primer lugar, una serie de "divagaciones" en torno a la enfermedad que no se corresponden con el mapa de sus representaciones vigentes (que no se adecúan, como diría Badiou, a los saberes instituidos sobre ella –representaciones y saberes biomédicos) (2000). Antes que nada, destacan los pasajes en los que se insiste precisamente en el "suplemento" de experiencia (de "consistencia", de "variación", de "intensidad", y no solo de "imposibilidad") que el cáncer aporta a la vida de la narradora (Liffschitz 2003). De este modo, la enfermedad no se ajusta ni a la imagen biomédica que la define estrictamente como una anomalía bioquímica y que en la mayoría de las ocasiones hace que el sujeto desaparezca debajo de los itinerarios terapéuticos y del horror que supuestamente producen tanto la propia enfermedad como los efectos secundarios de los tratamientos; ni a la idea, ciertamente extendida en nuestras sociedades, que dictamina que el cáncer es, en el 99% de los casos (tarde o temprano) una enfermedad mortal:

Todos –escribe Liffschitz– vamos a morir y todos estamos ahora vivos, moriremos de formas distintas en el sentido de que vivimos de formas distintas, aun los que tenemos cáncer. Desde que apareció la enfermedad pude pensar bastante sobre la muerte... como para poder vivir mi vida ahora con una consistencia distinta, con textura. (Liffschitz 2003)

Desde la operación, pasaron muchas cosas: hice las fotos, hice diversos tipos de quimioterapia (porque al poco tiempo tuve metástasis óseas), me fui de vacaciones e hice topless siendo impar, hice rayos, hice más fotos, más quimio, seguí viviendo... Observé atenta las variaciones de la cicatriz, las texturas, la piel, mi propia sorpresa, primero siempre desconcierto y después casi siempre fascinación. Pero más que nada pensé, pensé mucho. Desde entonces descubrí –en carne propia– que el horror... son lecturas, construcciones. (Liffschitz 2003)

Siento el aire increíblemente dulce que entra por la ventana de madrugada, como a las cinco y media, hora en que desde hace unas semanas cantan unos pajaritos que me recuerdan mi estadía en la casa de mis abuelos. Es de tal plenitud, que no puedo evitar sonreír. Es como si la vida misma tuviera consistencia... Esta consistencia es masticable, luminosa, brillante y al mismo tiempo sin refracciones, sin desvíos ilusorios, sin coberturas empalagosas...

Me doy cuenta, veo, lo raro que puede resultar escuchar o leer que pasando por esta circunstancia, la del cáncer, estoy bien, y no solo bien, sino pasando incluso por un excelente momento en mi vida. Claro que hay días que no, días en los que me siento mal o días en los que el cuerpo... me obliga a correr al hospital o a quedarme en cama. Pero nada adquiere el paisaje de la desolación. Nada queda devastado. Nada toma el color de la tragedia. Simplemente no lo adquiere. Y como se ve, de hecho no lo tiene. (Lifschitz 2009: 93)

Aquí, Lifschitz pone en juego una experiencia de la enfermedad, una experiencia que incluye también el dolor y el sufrimiento (pero no solo), que se opone tanto a la apropiación de la misma por parte del dispositivo médico (la fijación de su significado, la mediación tecno o farmacológica, etc.) como a la tendencia contemporánea de gestión de los afectos, las sensaciones, etc., que hace que el sujeto sea incapaz, como sugería Illich, de hacerse cargo de cualquier tipo de "intensidad" o de "imposibilidad" en relación con ellas, de "soportar su carne" (1975 y 1996: 43). Ahora bien, que el sujeto enfermo en estos textos acoja, escriba, todo el espectro de afecciones que lleva consigo una enfermedad como el cáncer y permita que este se constituya como una "experiencia-límite" no significa que la posición en la que este queda sea particularmente invivible. Lo interesante aquí, además, es que el espesor de la enfermedad y la consistencia que adquiere la vida en su presencia no conduce al sujeto, ni mucho menos, a la posición de la víctima. De hecho, como señala Cortés Rocca, y en relación también con el rechazo de Lifschitz a adoptar los gestos normativos de la enfermedad (la pose de "enferma doliente", el tono trágico, el pudor, etc.),³ esta "destroza" dicho espacio, "el espacio de la víctima", un espacio que es frecuentemente construido y ocupado por cualquier tipo de enfermo más o menos grave y en particular por los enfermos de cáncer, y que ella misma reconoce que había ocupado durante una parte de su vida e incluso en algún momento concreto, al comienzo, de su enfermedad (2003):

Yo tengo cierta intención de conseguir otra imagen para la enfermedad. No es necesario ponerse verde y vomitar para estar enfermo. Se pueden tener otros aspectos. Ahora, tampoco es mi objetivo parecer no enferma...

A la enfermedad la tengo y acompaña mi vida y no me queda otra... Si estoy señalada todo el tiempo como enferma, estaré todo el tiempo enferma. Pero no estoy todo el tiempo enferma. Hay momentos que sí y otros que no. Incluso hay momentos en que me olvido. Y la habitual utilización de la imagen que se hace en relación a la enfermedad –ponerse un pañuelo en la cabeza, ocultarse– yo la creo muy dañina. Volverse casi verde, estar vomitando es un momento.

Pero hay muchos otros... Si te pisa un auto no hay mucho que elaborar al respecto. Pero en este caso vos seguís viviendo y resulta que te vas a morir pero no, y seguís viviendo un poco más y los pronósticos son medio jodidos

³ "La enfermera que me pasaba la quimio... –leemos en *Un final feliz*– no podía soportar que mi actitud no fuese como la de los otros enfermos: yo aparecía allí en top, bronceada y maquillada". "Acá hay enfermos de verdad", llegó a decirle (Lifschitz 2009: 126-127).

pero seguís más y más. ¿Mientras tanto? Mientras tanto una está viva. (Lifschitz 2004)

En la última parte de *Un final feliz* encontramos una escena que es particularmente reveladora en este sentido, en relación con la posición de la víctima de la enfermedad. La narradora ha sufrido una "fractura patológica" en la cadera que le lleva a iniciar un tratamiento de radioterapia en esa zona. Antes de que este comience, el personal del centro donde es atendida marca el lugar que va a ser irradiado y esta advierte que en él está incluida una parte de la pelvis. En este momento, Lifschitz, lejos de mostrarse indiferente o de someterse al tratamiento en contra de su voluntad, le dice a la médica que "debe tapan la zona del clítoris". La médica, entonces, realiza de nuevo la marcación "tomando en cuenta" la demanda de la narradora. Más tarde, sin embargo, cuando comienza la sesión, esta advierte que "el clítoris no está fuera del campo de irradiación". En ese momento, decide de nuevo explicar a los técnicos que la zona de irradiación había sido modificada, en relación con la primera delimitación, porque ella así lo había decidido y de acuerdo con la decisión de la médica correspondiente. Los técnicos, no obstante, que no disponen de esa segunda información, no acceden a su demanda. "Ubicada ya en el aparato", a varios "metros del suelo" y "sin poder" "moverse", Lifschitz decide y consigue, en cualquier caso, que "la aplicación se suspenda". Por la tarde, vuelve otra vez a "aclarar las cosas con la médica a cargo": "No me importa –afirma– si ella opina que no me producirá ningún daño. La irradiación no se producirá en esa zona (por cierto alejada de la fractura) sin ninguna discusión". De este modo da cuenta, en los párrafos siguientes, del lugar que está ocupando aquí, en contraste específico y explícito con la posición de la víctima: "En el relato, aunque me cuesta comprender que no se entienda mi posición, no se trataba del cuerpo médico mundial confabulado para ocasionarme una lesión en una zona de particular interés erótico para mí". Dado que los médicos no se "preocupan" ni se "preguntan" por ello, es ella misma la que decide hacerlo, la que se hace responsable de ello: "De mi placer me ocupo yo, digo, mi placer está ahí para ser ocupado por mí. Ahora que ya no ocupo el lugar de la víctima" (2009: 127-128).

En relación directa también con esta posición, Lifschitz es capaz asimismo de mantenerse al margen (de cuestionar el carácter de verdad) del pronóstico que se ha emitido sobre su enfermedad. No es solo el placer el que está ahí para ser ocupado por ella, sino también, y sobre todo, el tiempo. De hecho, resulta difícil saber (y, en cualquier caso, es irrelevante) si la "buena posición" que mantiene con respecto a su enfermedad, por fuera del lugar de la víctima, es la que le permite establecer esa relación con el tiempo, vivirlo del modo en que lo hace, o si es esta concepción del tiempo la que le ha facilitado abandonar ese lugar (o, incluso, si ambas se articulan en paralelo y se sostienen mutuamente). En cualquier caso, lo que parece innegable es que el pronóstico, como saber *a priori* y determinado por el diagnóstico médico previo, no determina, aquí, ni el modo en que el sujeto va a tratar con su enfermedad ni, en general, su vida –ni su presente ni su futuro–, como ocurre en la mayoría de los casos de cáncer y como

denuncian García Calvo, Escudero y Arqués (1996: 26). "Mientras mis amigos se convulsionaban [con la noticia del diagnóstico], yo insistía –escribe Liffschitz– en hacer una lectura más circunstancial, sin grandes pronósticos, sin hacer decir a la cosa más de lo que en principio la cosa decía para mí" (2009: 93-94).

El tiempo, para ella, no era, ni mucho menos, algo que se le escapase o algo que, a causa de ello, le produjera angustia ("Como sea, ahora el tiempo, en contraposición a los pronósticos de un cáncer de mama de alta agresividad con metástasis óseas y hepáticas, el tiempo, paradójicamente, es inmenso. Tengo mucho, lo tengo a disposición. Se hace chicle entre mis manos y adoro esta sensación de perderlo en bobadas"), sino algo, en definitiva, que no podía ser cuantificado. En primer lugar, porque "el tiempo", en sí mismo, en el sentido de "el largo de una vida", "no decía mucho" para Liffschitz, "no lo había dicho nunca" ("Mi vida no era una cuestión de cantidad, mi existencia cotidiana me lo había demostrado") (2009: 92 y 98-99); y, en segundo lugar, porque de hecho los pronósticos médicos sobre el estado de su salud se revelaban equivocados una y otra vez:

Cuando publiqué *Recursos humanos*, hacía cinco meses que tenía metástasis óseas y un mal pronóstico. Hace cuatro años que tengo este mal pronóstico –hace solo seis meses me dieron dos o tres– y nada, el tiempo resulta ser algo que simplemente no puedo contabilizar. Puedo describirlo, utilizar sus mediciones para ordenar algunas cosas, pero es inútil, no puedo medirlo en verdad. (Liffschitz 2009: 99-100)

El futuro, de este modo, deja de ser una preocupación y pasa a ser concebido, como en un juego de lógica, como "lo que hoy no es" (incluso, y a causa de ello, como "lo innecesario"): "El futuro no se hace presente –leemos– y sin embargo no falta. No sé dónde está, no tiene relevancia para mí. Solo aparece cuando es invocado por los otros, que a su vez me preguntan por él. Justamente a mí, que de él no sé nada" (Liffschitz 2009: 128).

Junto a las representaciones del cáncer, el segundo gran eje sobre el que se articulan los textos y las fotografías de Gabriela Liffschitz es el de las representaciones del cuerpo, a partir, naturalmente, de la representación del cuerpo enfermo, y vinculado asimismo a los efectos, "colaterales" e "incalculables", que la enfermedad ha provocado en su vida (la "consistencia" que esta ha adquirido, su concepción del tiempo, el rechazo del lugar de la víctima, etc.). Antes del cáncer, el cuerpo, para la que habla en estos textos, debía de semejarse al cuerpo objetivizado y ausente de la biomedicina. En este sentido, esta se declaraba "ignorante de ser también un cuerpo", de modo que podemos entender que se identificaba, de acuerdo a la tendencia hegemónica en nuestras sociedades, con el otro lado del sujeto (con la conciencia, con la "cosa que piensa", etc.). El cuerpo debía de ser como un objeto que, de alguna forma, uno posee, y que no obstante "abandona" "constantemente" (2003). Sin embargo, con la aparición de la enfermedad, y a partir de la experiencia de esta que Liffschitz es capaz de proponer, el cuerpo adquiere también otro estatuto, otro lugar:

¿Qué era el cuerpo antes? ¿Antes de ser el protagonista de un relato hasta entonces insospechado? No lo sé, no logro recordarlo porque probablemente no lo haya pensado. No hacía falta. Lo que haya sido antes ha quedado ahora por completo desdibujado, o tal vez es que por primera vez se dibujó un cuerpo ahora: después de haber sido intervenido, revisado, releído, constatado, recontextualizado, reinscrito, etc. Ahora tiene el protagónico, digo, se lo ve mucho, como nunca antes había pensado que mi cuerpo podía –era necesario y esperaba– ser visto (2003).

El cuerpo, una vez que el sujeto ha logrado situarse más allá del saber dominante del discurso médico, se constituye, como no podía ser, entonces, de otro modo, en el soporte de la experiencia de dicho sujeto. “Lo vuelvo cuerpo todo”, escribe Liffschitz entre fotografía y fotografía (entre desnudo y desnudo): “Digo, hay un cuerpo aquí, un sujeto encarnado, hecho cuerpo. Estoy ahí, esculpida en su solidez. Es ahí donde me encuentro, una sorpresa de peso. Inesperada pero bienvenida”. En la línea de fidelidad a la ruptura que supone la enfermedad, el sujeto ya no puede percibirse a sí mismo a la manera del sujeto cartesiano, dividido en un cuerpo y una psique, desconectado del primero y por lo tanto alejado del mundo de la experiencia. Ahora, la enfermedad, pero también la vida, adquieren la “consistencia”, la “sólido”, la “materialidad” (el “peso”) que adquiere, que recupera, el cuerpo para sí. “Ahora que duda –asegura la hablante– es el mejor momento para acurrucarse en él” (2003).

Que el cuerpo sea el soporte de la experiencia del sujeto significa asimismo que es el soporte, el lugar, en el que el sujeto ensaya, inventa, las distintas posiciones que vendrá a ocupar en el propio proceso de creación de dicha experiencia. Así lo reconoce Liffschitz en *Efectos colaterales*: “divago yo también como mi cuerpo, digo, que divaga últimamente como recorriendo todas las posibilidades, las tuyas y otras insospechadas” (esto es, otras no-sabidas). Como ocurría con el significante “cáncer”, esta advierte, durante el transcurso de la enfermedad, que el concepto de cuerpo que había manejado hasta la fecha, y las imágenes del cuerpo que este concepto acepta y sostiene, no son más que el resultado de una serie de determinaciones culturales e históricas que los sujetos hacen tuyas a través de un entramado de relaciones de poder ciertamente complejo, y que por lo tanto que cabe la posibilidad de situarse en un lugar al menos parcialmente distinto (distante) con respecto a él. Liffschitz, “durante todo este proceso”, se da cuenta de que “el cuerpo es... finalmente una lectura”, “que –afirma– será –para mí– la única responsable de incorporarle un signo –positivo, negativo, indiferente, productivo, devastador, etc., o todos al mismo tiempo–. Lo cual no significa que estos signos, pero sobre todo los que resultan negativos, sean una cuestión de elección. Lo que digo es que no necesariamente esto era el fin del mundo –es decir, el fin de mi mundo–, podía ser –como resultó después– su ampliación”. De hecho, que no solo el “horror” sino también el cuerpo sea una “lectura” implica, aquí, que “lo completo –con respecto a él–, la belleza, lo erótico, son –asimismo– lecturas, construcciones” y, en consecuencia, que se pueden proponer otras (lecturas, construcciones) de cada uno de estos ítems –“ampliar”, en efecto, el mundo (2003).

De hecho, en este punto radica una buena parte del carácter bio-político de la obra de Liffschitz. Recordemos, en este punto, que Liffschitz decidió someterse a una mastectomía (esto es, a la operación en la que se amputó el pecho donde se alojaba el tumor cancerígeno) poco después de recibir el diagnóstico de su enfermedad y que, desoyendo la recomendación de algunos médicos, decidió no reconstruirlo. Recordemos, además, que tanto en los textos como, quizás especialmente, en sus fotografías, Liffschitz parte específicamente de esa circunstancia a la hora de pensar en la situación en la que se encuentra y que es desde esta "falta", específicamente, desde donde construye la posición, las posiciones subjetivas, que ocupará durante el transcurso de la enfermedad. Las fotografías que aparecen tanto en *Recursos humanos* como en *Efectos colaterales* son autorretratos en los que autora aparece desnuda y enfocando la cicatriz ("la explanada") que ocupa el lado izquierdo de su torso (Liffschitz, entonces, "deja ver lo que habitualmente se oculta, donde la ropa y las prótesis intentan disimular los efectos del cáncer", como apunta Cortés Rocca) (2003). En los textos, asimismo, se hace referencia tanto a la "mastectomía" como a la "cicatriz" o la "herida" (2003) que ha sustituido al seno izquierdo, con el objetivo igualmente de incluirla (de "ser y representar esa herida") en su vida y de establecer una relación productiva con ella⁴ (Cortés Rocca 2003). Pues bien, todo ello –la edición de estos dos libros junto a la publicación póstuma de *Un final feliz*, las exposiciones fotográficas, además de la aparición de algunas entrevistas y reseñas en prensa– sucede en un país y en un periodo de tiempo (Argentina, los primeros años de la década de los 2000) en el que la presión mediática sobre la imagen del cuerpo femenino crecía exponencialmente, como indica, por ejemplo, el dato sobre el índice de intervenciones de cirugía estética de este periodo, como han mostrado los estudios de Vallejos (2004) o de Vitullo (2004).⁵ En este sentido, decíamos, la obra de Liffschitz adquiere también un carácter bio-político, en contra de un "dispositivo de valorización, valoración y formación simbólica y pragmática del cuerpo,... fundamentalmente [el] cuerpo femenino" (Vallejos 2004).

Según Vallejos, en la Argentina de los 90, las nuevas producciones simbólicas presentaban el cuerpo de las mujeres como la "única herramienta" que podía permitirles a estas el acceso al poder económico o social. Para ello, necesitaban construir sobre sus cuerpos el ideal de belleza o de perfección que regía la mirada masculina (y a fin de constituirse como objetos de deseo). Es por ello que, a las prácticas de disciplinamiento corporal que se habían heredado, y que Vallejos define como inevitables "modelizadoras de la subjetividad", se le suma, entonces, la intervención quirúrgica, que se instala en el imaginario femenino como la práctica de modelización corporal más deseable. Según esta autora, la popularidad que la cirugía alcanzó en esta década es la que ha conducido a la

⁴ "Una herida en el cuerpo es también algo más. Es algo que te hace reconocer que tenés un cuerpo y que no te calma porque no te deja olvidarte del cuerpo" (Liffschitz, cit. en Cortés Rocca y Schettini 2006).

⁵ A finales de los 90, Argentina ocupaba el segundo lugar en el índice de los países en los que se realizaban más intervenciones de cirugía estética, solo por detrás de Estados Unidos (Vallejos 2004).

actual, y “pasmosa”, “naturalización de su realización” –una práctica que, en el camino, “perdió cuanto tenía de reconstructiva para convertirse en meramente cosmética”⁶ (2004). En relación con este contexto, en fin, debemos leer también a Liffschitz. Desde aquí, sus libros tienen un alcance evidentemente mayor.

Efectivamente, Liffschitz no solo cuestiona los conceptos dominantes del cáncer, la enfermedad o el cuerpo, que en nuestras sociedades provienen del ámbito médico, o expone una forma de vivir la experiencia de la enfermedad no determinada por ellos, sino que además, a partir de aquí, es capaz de desplazar al cuerpo femenino de sus representaciones mediáticas, igualmente en relación con el discurso médico e igualmente dominantes, y de proponer incluso, para este, otra idea de la belleza o de lo erótico u otras prácticas de deseo. Así, Liffschitz no admite, por ejemplo, que la belleza del cuerpo de las mujeres anide en la proporción o en la simetría, tal y como se desprende del canon de belleza que reproduce la práctica quirúrgica reconstructiva. De hecho, esas coordenadas –la desproporción o la asimetría–, en Liffschitz, son justamente las que activan la reflexión en torno a los modos en que nuestras preferencias corporales fueron orientadas y resultan así, a la postre, productivas. En vez de corregirlas –reconstruyendo el pecho intervenido, implantándose una prótesis, etc.–, Liffschitz construye un discurso crítico y una forma singular de experiencia sobre dichas coordenadas: “Creo que la existencia de la falta agrega algo al concepto de mí. Creo que la falta es en sí algo en actividad, algo que produce, algo sobre lo que se piensa, algo desde lo que se construye. Por eso llamé a este ondulado barranco en el costado de mi pecho, la faltante” (2003).

Y lo mismo sucede con la idea de lo erótico. En sus autorretratos, decíamos, Liffschitz aparece desnuda o semidesnuda. Pero es que además lo hace envuelta y jugando con distintos accesorios –la red, el *body*, las plumas, las perlas, las cadenas, etc. – que han adquirido en nuestra cultura connotaciones eróticas, mostrando de este modo que es posible que un cuerpo enfermo, un cuerpo con un solo pecho, se postule a sí mismo y por lo tanto se revele como un cuerpo erotizado. Con este gesto, la autora no solo tuerce el protocolo del desnudo –al dejar la cicatriz al descubierto–, sino que al mismo tiempo pone en práctica lo que Cortés Rocca ha definido como una “política de la mirada” y que demuestra que “ni la feminidad ni el erotismo residen en la anatomía, sino en una particular puesta en escena” (2003).

De este gesto, y de la escena en torno a la radiación de la zona pélvica en la que Liffschitz se niega a que incluyan el clítoris, podemos inferir, asimismo,

⁶ Vallejos alude a un anuncio publicitario de una crema antienvjecimiento que podía verse en los días en que ella cerraba su artículo y que concluía con un lema definitivo: “Retrasá la cirugía”. Según Vallejos, podía resultar asombroso, pero en todo caso no era el único: “A la posibilidad de transformación –establecida ya en los 80 mediante la difusión de las rutinas de gimnasia estéticamente modeladora en un sentido amplio–, se le añadió la dimensión del deber, y un paso más allá, la fuerte promesa que las intervenciones operadas sobre los cuerpos formulaba a quienes se sometieran a ellas. Si en los 50 Simone de Beauvoir escandalizó con la deconstrucción del mito del eterno femenino y la afirmación de que la mujer se hace –y no nace–, los 90 tomaron su teoría para vaciarla de carga política revolucionaria y ponerla al servicio de un modelo de mujer que reinventaba el tradicional, aunque jugando a ser ruptura. La mujer, a partir de los 90, se hizo y de una manera literal” (2004).

que el tipo de vínculo entre la enfermedad y el deseo que se plantea aquí no responde tampoco a la imagen de la enfermedad, del cáncer, que circula en el imaginario colectivo. Frente a la idea de que el cáncer “estropea la vitalidad” y “apaga el deseo” (Sontag 1996: 20), Liffschitz da cuenta de una experiencia en que el sujeto enfermo, por el contrario, no solo es susceptible de ser deseado sino que de facto puede constituirse también como sujeto de deseo.⁷ De hecho, aquí es la experiencia de la enfermedad y la nueva relación que el sujeto establece con el cuerpo las que abren posibilidades antes insospechadas en este campo. Como ha ocurrido con respecto a otros ámbitos de la vida del sujeto condicionados por la enfermedad, la ruptura que su acontecimiento ha supuesto también permite que la relación con el deseo y el sexo sean construidas, inventadas, de nuevo, y que en este proceso se alcancen cuotas de “intensidad” inéditas. En *Un final feliz*, Liffschitz relata lo que podría haber supuesto la toma de contacto con este motivo y el comienzo de dicho proceso de invención. Poco después de haberse sometido a la mastectomía, y todavía en una fase inicial de su relación, Liffschitz se marcha de vacaciones con su pareja. Aquí, la narradora reconoce que todavía tenía dudas acerca de lo erótico que podía resultar su cuerpo. Sin embargo, no va a tardar mucho en descubrir que “la presencia tan acentuada de ‘lo otro’ –la enfermedad, el pecho amputado, etc.–” va a “sentar las bases” “para una relación sensual única para los dos” (2009: 111-112):

Entonces, tomados cada uno por lo exótico del otro (cierta ambivalencia entre la gracia y la desgracia), iniciamos una larga travesía detectivesca por lo desconocido: el cuerpo del erotismo propio y el cuerpo erótico de los dos. Una expedición interminable por los rincones y vertientes del deseo sexual. Sin grandes propuestas, sino más bien reunidos bajo un acuerdo tácito de exploración, nos la pasábamos descubriendo, como dos criaturas juguetonas, nuevas posibilidades eróticas, que una vez iluminadas eran consumidas de a poco, con fruición y detalle. (Liffschitz 2009: 111-112)

En esta fase de la enfermedad, “la faltante”, como la narradora llamaba al “lugar que había quedado en ausencia del seno” “extirpado”, había desempañado un rol decisivo en el plano sexual. En una fase posterior, más avanzada de la enfermedad, en la que Liffschitz ya ha pasado por distintos tratamientos quimioterapéuticos, va a ser la ausencia de vello en la piel, que “sale” como efecto de dicho tratamiento y “como si no fuese gran cosa abandonar su lugar”, la que juegue un papel de potenciación del deseo y la práctica sexual. Liffschitz de hecho distingue dos partes (o sub-fases) en esta (última) fase de la enfermedad, de acuerdo precisamente a los medicamentos que recibe en ella: así, en *Efectos colaterales*,

⁷ Como dirían Deleuze y Guattari, “el CsO –el ‘Cuerpo sin órganos’– es deseo, él y gracias a él se desea. No sólo porque es el plan de consistencia o el campo de inmanencia del deseo, sino porque, incluso cuando cae en el vacío de la desestratificación brutal, o bien en la proliferación del estrato canceroso, sigue siendo deseo” (2002: 169). Para estos autores, la noción de CsO funciona como la noción paradigmática del cuerpo que se opone al concepto de cuerpo hegemónico, esto es, biomédico, compuesto por una serie de órganos que realizan una determinada función y como entidad separada del sujeto.

las dos últimas partes, en las que las fotografías ya muestran a una Liffschitz sin vello, vienen encabezadas por los títulos “doxorubicina – docetaxel – metadona” (en primer lugar) y “furosemida” (en segundo). En la primera de ellas, la modelo aparece totalmente desnuda y exhibiendo el tatuaje de una serpiente naranja que recorre buena parte de su cuerpo (desde la frente, donde acaba su cabeza, hasta el coxis, atravesando el cráneo, la zona del pecho extirpado y una parte de la espalda). La serpiente, aquí, ejerce una función significativa porque, por un lado, está asociada a la medicina (simbólicamente, a partir de la figura mitológica de Asclepio, y en la experiencia de Liffschitz, a través de una enfermera que durante las sesiones de quimioterapia repite: “¡Acá viene el veneno!”) pero también porque, por otro, la autora hace uso de ella a partir de la relación que ella intuye y establece entre esta, la serpiente, y “lo erótico y lo mortal”. Esta operación podría funcionar, de hecho, como el paradigma de la posición y el trabajo de creación de Liffschitz durante la experiencia de su enfermedad: por un lado están los significados que la medicina proporciona, y fija, a un objeto o hecho dado, y a los que Liffschitz no obstante no deja de ser permeable; y por otro, están los significados que van más allá de los primeros y de las imágenes que estos sostienen, que les “dan la vuelta”, y que son resultado de un proceso de creación de experiencia y de “verdad” que comienza con la irrupción del cáncer y la fractura que este provoca en la vida del sujeto. En este caso, la caída del cabello y del vello no se asocia ni a la vergüenza, ni a una “pérdida de la vitalidad”, ni a una pérdida de la cuota de erotismo que posee un cuerpo dado, como una región específica del horror y como parece que le indican las reacciones iniciales de los médicos. Aquí, más bien, emerge como una posibilidad inaudita, e integral, para el tacto, y desde ahí emparenta a la narradora con la serpiente; en particular, con lo que esta tiene de “mortal” pero sobre todo con lo que esta tiene, representa, de “erótico” (esto es, no deja ser, con lo que tiene también de “vivo”) (2003 y 2009: 112):

La piel está ahora al descubierto, como nunca lo ha estado antes. Como nunca antes fue sentida, ahora la piel lo abarca todo realmente. De una realidad abundante y suave, la piel ahora está expuesta. La piel ahí, ahora, presente, descabellada (Liffschitz 2003).

No hay vello, no hay sombras, ni rastro de esas minúsculas huellas que lo empapan todo. Esa piel, esa otra piel, pienso, está acá para ser tocada más que nunca. Está visto, vista la piel desnuda, la suavidad sin interrupciones, está visto, que se inscribe en otra textura, que llama al tacto, a lo que deber ser visto, con tacto. [...] Esta piel se ofrece ahora por completo. Completamente. Toda, tramo a tramo como un camino a seguir a continuar a dar la vuelta (Liffschitz 2003).

Algo de la serpiente se constituye ahora en mi cuerpo, como nunca antes. Cierta contradicción entre lo rastroso y la voracidad. Recorro, como podría hacerlo ella, las texturas, el aliento, en un cuerpo a tierra constante, me arrastro como ella entre y sobre todo, pegando mi cuerpo, la piel, todo, digo, el cuerpo. Me

paseo como nunca antes, nunca antes tanta penetración, nunca antes tanta intensidad.

Sin grandes ademanes –es por eso que me arrastro y no sobrevuelo–, me rozo, lo que toco me toca, como nunca (Liffschitz 2003).

Es evidente, en este punto del análisis, que Liffschitz ha sido capaz de construir una forma de experiencia de la enfermedad que ha desplazado al cuerpo y a la enfermedad misma de sus significados hegemónicos, a partir de la acogida y la fidelidad a la ruptura que supuso su acontecimiento; y es indudable que la práctica literaria y artística, en tanto que ha cumplido una función de “liberación” y de soporte de dicha experiencia –de un modo afín a las funciones que le atribuyen a dichas prácticas autores como Gilles Deleuze (1996), Jacques Rancière (2009 y 2011) o Suely Rolnik (2001)– ha sido asimismo fundamental en el citado proceso de desplazamiento (1992: 12). De hecho, según Giorgi y Rodríguez, “lo que tiene lugar a nivel de los cuerpos,... solo se realiza como acontecimiento cuando el lenguaje lo inscribe y lo dispone como evento del sentido” (2007: 25-26).⁸

Pero, además, a estas alturas, es igualmente constatable que el sujeto que habla en estas prácticas de escritura, de fotografía, ha experimentado también un proceso de “transformación” y de “subjetivación de sí” que, si atendemos a los postulados de Badiou (2000 y 2004) o de Alemán (2012), quizás sea el efecto más relevante del proceso de fidelidad al acontecimiento de la enfermedad. Y no, justamente, porque implique un cambio más tangible, en tanto que supone un cambio que concierne al “individuo”, sino, más bien al contrario, porque comprende y produce efectos como los mencionados más arriba (esa “política de la literatura”) que apuntan precisamente a la apertura del sujeto hacia la sociedad en la que vive. Como sugeríamos anteriormente, la elaboración responsable de la experiencia de la enfermedad provoca de hecho aquí un llamado a la responsabilidad sobre la sociedad en la que la enfermedad se desencadena y se desarrolla (o si quisiéramos decirlo a la manera de Foucault, el “cuidado de uno mismo y las actividades políticas están –también aquí– relacionadas”) (1990: 59).

Liffschitz hace referencia a este proceso de transformación en numerosas ocasiones y de forma explícita. En *Efectos colaterales* alude indistintamente al “viaje insólito” que está “atravesando” su cuerpo, a la “metamorfosis” que “alegremente” “recorre”, empujado por él, o a una “mutación” subjetiva que vendría a ocupar el lugar de la “mutilación” física (2003):

Cada mañana paso por una iniciación. Miro mi cara en el espejo lentamente, sabiendo de antemano que seré sorprendida. Una inspección no necesariamente minuciosa lanzará un resultado inequívoco de mutación. Y yo lo sé, no hay nada que pueda hacer más que ser una espectadora atenta, llevar un re-

⁸ El fragmento del texto de Giorgi y Rodríguez continúa del siguiente modo: “Lo que tiene lugar a nivel de los cuerpos,... solo se realiza como acontecimiento cuando el lenguaje lo inscribe y lo dispone como evento del sentido... La vida como potencia y como singularidad pasa por el lenguaje allí donde el lenguaje desborda la significación y se enfrenta con su propio límite. Y ese límite es el lugar de la literatura,... allí donde las palabras se deshacen de sus significados compartidos, de sus usos normalizados y de su poder normalizador, y se articulan con aquello que en los cuerpos marca... su trayectoria anómala” (2007: 25-26).

gistro de ese otro registro que hace el cuerpo. Pero no por controlar el paisaje, la inscripción, sino con la esperanza de encontrar en ese registro una historia, cualquiera, algo que entretenga mi mirada, algo que construya. Un lugar donde seguir escribiendo. (Lifschitz 2003)

Por lo tanto, cuando hablamos de “transformación” aquí, cuando la narradora se refiere a la “metamorfosis” que recorre, no se está haciendo referencia a un proceso de “crecimiento personal” o “autoconocimiento” del sujeto, que se encuentra con su “verdadero” yo, y al que habría dado lugar el cáncer –de acuerdo a una idea romántica de la enfermedad (Karpenstein-Eßbach 2006: 217-223).⁹ Se apunta, más bien, al proceso de “recepción” y de “elaboración” (Aleman 2012: 54) de las posibilidades (de los “poderes”, como decía Foucault) (1970: 11) que entraña el acontecimiento. Así, aunque “a primera vista pareciera que se trata del relato de una transformación” (entendida de ese modo: “alguien narra una serie de hechos pasados que explican el presente de la escritura, alguien narra quién fue para explicar cómo llegó a ser este sujeto que hoy toma la palabra”), lo que define la obra de Lifschitz no es el “pasaje” “de un estado a otro, de un sujeto que fue a uno que ahora habla”, sino el cambio de posición del sujeto: la creación-elección de una nueva posición desde la que vivir, mirar y escribir. Cortés Rocca habla en este sentido del relato de un “contra-aprendizaje”. “Porque lo que el relato despliega no es un saber sobre sí”,¹⁰ sino un “saber hacer” con la enfermedad que va efectivamente más allá de lo aprendido y de los dictados del saber médico (2009: 9-15). La pregunta a la que Lifschitz se dirige, en relación con el cáncer, y que de hecho responde, inventa una respuesta, no es la pregunta acerca de “quién soy” (lo que llevaría a las otras preguntas “quién debo ser” y “cómo”, qué debo hacer –la reconstrucción del pecho, por ejemplo– para ser aquella que debo y se supone que soy) sino la pregunta acerca de “qué hago ahora con esto”.¹¹ “De alguna manera había pasado –escribe– de ‘tratar de darme cuenta’ a ‘tomar en cuenta’” (2009: 71-72).

⁹ Una idea que sí se despliega, como señala Karpenstein-Eßbach, en un conjunto de representaciones literarias del cáncer de la década de los 70 y 80 (y en algunas que, en la actualidad, aún recogen ese legado): “Como la literatura autobiográfica del cáncer se basa justamente en el saber del periodo entre el diagnóstico y la posterior muerte, la vida pasada y la presente se convierten en el objeto de la autoexploración y de la autoexpresión, que adquieren a su vez carácter terapéutico. El cáncer se interpreta como exhortación al ‘intento de autorreparación’, que debe llevar a una nueva ‘psicosíntesis’, en la que el sujeto descubre todo su yo. Al yo enfermo de cáncer se le opone un segundo yo. Las literaturizaciones del cáncer más o menos elaboradas... apuntan a crearle al yo un equilibrio a través de la escritura. De este manera, se pueden ver señales de fantasías de autocreación prometeicas,... aunque no necesariamente son abarcadas por todos los textos de los años 70 y 80” (2006: 218).

¹⁰ El fragmento continúa: “... un saber sobre sí, una toma de conciencia o un descubrimiento de los ‘deseos inconscientes’”, como se infiere de las literaturizaciones del cáncer de los 70 y 80 y de otras “escrituras —y tecnologías— del yo” (Cortés Rocca 2009: 10).

¹¹ En este sentido, como señala Cortés Rocca, deberíamos leer también el carácter autobiográfico que se le presume a su “obra”. En relación con lo que expuesto en torno a su “transformación” o “auto-subjetivación”, podemos entender que la intención de Lifschitz no es relatar la historia del sujeto Gabriela Lifschitz, para exhibir o encontrar ahí su identidad “real”, pérdida, más allá de que sus libros participen de esa tendencia que se ha denominado como “giro autobiográfico” y que define buena parte de la producción literaria argentina reciente. Tal vez, de hecho, este “giro”, al

Una vez que ha alcanzado esta posición y que ha conseguido “tomar en cuenta” las novedades que el cáncer ha traído consigo, en relación con el grado tanto de “imposibilidad” como de “intensidad” de esa “experiencia-límite”, Liffschitz da un paso más allá, un paso que en cualquier caso se plantea aquí como lógico, y pasa a “tomar en cuenta” también la sociedad en la que vive, particularmente en relación con distintos aspectos relacionados con la enfermedad. Esto significa que el proceso de “transformación” que ha experimentado no le ha llevado, únicamente, a intervenir sobre su forma de vida, sino que también le ha conducido a intervenir sobre la sociedad en la que esta se desarrolla y se enmarca. Lo hemos visto más arriba, cuando Liffschitz se preocupa por interrogar las formas en que nos relacionamos con nuestros cuerpos o nuestras enfermedades, de acuerdo a los significados hegemónicos que estos han adquirido en nuestras sociedades: “Desde la mastectomía –escribe en *Un final feliz*–, había podido producir una obra que aportaba otra mirada: una mirada... diversa sobre un tema demasiado catalogado, categorizado e inscripto en el terreno del horror... Por último, la enfermedad me había posibilitado preguntarme, investigar y desarrollar ideas y contenidos muy interesantes –sobre el cuerpo femenino, sobre el erotismo, etc. –, que de otra manera tal vez no me los hubiese planteado nunca... ¿Cómo podía asegurar que el cáncer era el horror?” (Liffschitz 2009: 98). Por ello Cortés Rocca podía hablar de la puesta en práctica de una “política de la mirada”¹² (2003) y nosotros añadimos que se trataba asimismo de una “política de la literatura” (Rancière 2011):

Una imagen –y la palabra como acto, como acto fotográfico– se parece a una huella, una herida..., es la marca física que esa presencia ha dejado en su desaparición. Y sin embargo, antes que nada, toda imagen, toda palabra fotográfica nos dice algo incluso más importante: que la cámara existió y estuvo ahí para

menos en el caso de Liffschitz, solo sea “legible” en “el marco de otro fenómeno: la aparición de ciertos... objetos y prácticas que, incluso si circulan bajo formas conocidas –como la del libro–, no se producen ni pueden ser leídos con las categorías estéticas de autor, obra, estilo o ficción porque operan un vaciamiento de esas mismas categorías”. Según Josefina Ludmer, no “se sabe o no importa si son realidad o ficción” (2010: 149). Para Cortés Rocca, siguiendo a Ludmer, son objetos que “cuestionan estas diferencias y se definen como ‘realidad-ficción’”. Es únicamente en este lugar donde la discusión sobre lo autobiográfico, lo real, lo ficticio, la auto-ficción, etc., en Liffschitz cobra un cierto interés. Porque lo que esta ensaya, en efecto, no es la puesta en práctica de una identidad, sino el desarrollo de una experiencia a través de la práctica literaria (donde a la vez es “Liffschitz”, “la narradora”, “la hablante”, etc.) que da cuenta, en definitiva, de su “transformación” (Cortés Rocca 2009: 13-14).

¹² No deberíamos olvidar, en cualquier caso, que esta “política de la mirada” que se pone en juego aquí y que es resultado de un proceso de fidelidad al acontecimiento que supuso la irrupción del cáncer, se apoya inevitablemente también en las prácticas artísticas feministas que desde la década de los 60 se han preocupado por los modos de representación de la mujer en la sociedad y el arte contemporáneo. Así, numerosas artistas –Carole Scheeman, Barbara Kruger, Jo Spence, Hannah Wilke, etc. – han tendido a utilizar el cuerpo en sus prácticas para tratar de subvertir las iconografías femeninas tradicionales o para reivindicar una sexualidad definida en términos propios. Además, a algunas de ellas, como a Spence o a Wilke, también se les diagnosticó un cáncer de pecho, y ambas utilizaron el soporte artístico (en ambos casos, la fotografía) para elaborar la experiencia de su enfermedad y problematizar asimismo distintos aspectos relacionados con ella (los cánones de belleza, los límites de la práctica médica, etc.). Véanse Mayayo (2003), Ribalta (2005), Fernández Ordaz (2006) o Spence (1993).

mirar la escena. Las imágenes dicen algo sobre aquello que nos muestran, pero dicen mucho más sobre la mirada y sobre el acto de mirar. Gabriela Liffschitz lo sabe y de eso se tratan sus dos libros –no solo– de imágenes, *Recursos humanos* y *Efectos colaterales*... Las imágenes muestran lo que vemos, pero sobre todo muestran una mirada –la de la fotógrafa–... Se trata de un ojo que percibe... aquello que está frente a la cámara... el cuerpo, ... sus tramas infinitas, el límite poroso entra la salud y la enfermedad, los mecanismos de la belleza y la anomalía. (Cortés Rocca 2009: 11-12)

En el último punto de este artículo veremos, además, que lo que el ojo percibe también es que ese cuerpo, el suyo, el del sujeto escrito y fotografiado, se diluye, y se convierte en un cuerpo “cualquiera” (Liffschitz 2003). Desde aquí, desde la disolución o la desfiguración del yo, el sujeto que había en estos textos ha realizado su gesto bio-político más radical, “arrancarse de sí mismo”, como último paso de esa experiencia (límite) de “autotransformación” (Foucault, cit. en Morey 2014: 151-154). Como se apunta en estos textos, es desde aquí en particular, desde esta raíz, desde donde podríamos finalmente construir, y de forma más genuina, otras formas de experiencia, como veremos también para la enfermedad, que no descansaran ya en la idea del “individuo” ni estuvieran determinadas por los dispositivos biopolíticos de individuación (inmunización) (Esposito 2005) contemporáneos, sino que partieran de una forma de “ser-en-común” (Nancy 2001).

3. SER-EN-COMÚN

Como hemos observado en el apartado anterior, en las dos últimas partes de *Efectos colaterales* encontramos una serie de textos y de fotografías en las que los motivos de la piel y de la carne juegan un papel fundamental en la experiencia de la enfermedad de la narradora, a causa de los efectos que la quimioterapia ha provocado sobre su cuerpo (o en “su periferia”). En los textos leemos, por ejemplo, que “la piel” ahora “descabellada”, “al descubierto”, está “presente” como “nunca lo ha estado antes”; que exhibe, ahora, una “realidad” inaudita, “abundante y suave”; que “está expuesta” y que “está acá para ser tocada más que nunca”. “La carne hecha a la medida del tacto” en esta fase de la enfermedad (Liffschitz 2003) incita a superar, aparentemente, el proceso de “anulación del sentido del tacto” que se ha culminado, según Garcés, con el “capitalismo terapéutico” (2007: 100).¹³ Y esto sirve tanto para el propio sujeto enfermo, que se postula también como sujeto activo y no solo como sujeto pasivo de ese tacto (que puede tocar y tocarse, además de ser tocado) y que se reconoce a partir de él, del tacto, en el cuerpo que toca –que puede decir que “soy... el cuerpo,

¹³ “Se trata –continúa Garcés– de una mutación antropológica, si podemos llamarla así, que tiene una larga historia y que es de carácter político: consiste en la aniquilación del cuerpo como capacidad de tocar y ser tocado. Desde el cuerpo moralizado del cristianismo al cuerpo-máquina del cientifismo y llegando hoy al cuerpo-objeto (objeto de consumo y objeto de cuidados), hemos visto cómo se ha cerrado para nosotros la puerta al mundo que es nuestro propio cuerpo. Es una historia que no está suficientemente contada” (2007: 100).

esto que palpo" ("digo hay un cuerpo aquí, un sujeto encarnado, hecho cuerpo") (Lifschitz 2003); como para el otro (para el resto de sujetos), que vence tanto el "temor" a tocar y ser tocado de las sociedades modernas y contemporáneas (Canetti, cit. en Garcés 2007: 101) como el "temor" específico a tocar y ser tocado por un enfermo, y acaricia la piel, la carne que se "ofrece ahora por completo", "como nunca lo hizo antes". Pues bien, precisamente ahí, en ese tacto, en ese *con*-tacto (en esa "periferia") el individuo Gabriela Lifschitz deja de ser o no puede entenderse ya como tal, como individuo ("empapada en piel, excedida por ella") y actualiza una oportunidad de "ser con" el otro: "Me estremezco en los contornos de otra piel para ser muchas pieles, muchos cuerpos" (Lifschitz 2003).

El modo de "ser-en-común" que se materializa aquí dialoga y puede ser iluminado por el trabajo filosófico, en este caso, de Merleau-Ponty. A mediados del siglo xx, y a partir justamente del motivo de "la carne" (que en Lifschitz, pero no en la obra del autor francés, aparece como sinónimo de "piel"), este había conseguido desplazar, ya, el problema filosófico (y político) de la pregunta por el ser y su relación con el otro hacia el problema del "ser-en-común" (1994). A partir de Merleau-Ponty, como sugiere Marina Garcés, ya no se trataría tanto de "explicar el acceso al otro" como de pensar en la "co-implicación" de los sujetos en un "mundo común". Según la filósofa catalana, el autor de la *Fenomenología de la percepción* acierta al no abordar como se había hecho hasta entonces el problema de la "intersubjetividad", dado que según este, esa escena, la de dos sujetos frente a frente ("el esquema *Ego-Alter Ego*") "es precisamente el origen ficticio de todas las dificultades y de todas las frustrantes nociones de comunidad que se derivan de ella". Esta escena, en efecto, parte y toma como verdad una idea de sujeto (la idea moderna, la de un sujeto acabado, perfectamente reconocible en sus límites, definido por ser "una cosa que piensa", etc.) que es, como ya sabemos, radicalmente cuestionable, y que "nos impide explorar las verdaderas articulaciones del *entre*" (del *inter*- de ese término).¹⁴ Para Merleau-Ponty, el problema de la intersubjetividad es, en este sentido, un "falso problema". El punto de partida para cualquier hipótesis que se quisiera válida no debería ser la idea de sujeto, de individuo, para luego pensar cómo se realiza su acceso al otro, sino, ya, la relación –o mejor: la "co-implicación"– de esos sujetos, que en sí misma los constituye. Pues bien, esa relación, según este autor, se produce en y a partir del cuerpo (en la primera etapa de su obra) o de la "carne" (en la última). "La carne es –para Merleau-Ponty– la verdad ontológica de la intersubjetividad" (Garcés 2013: 127-139).

Efectivamente, en la primera fase de su producción, cuando el análisis de la "percepción" ocupa todavía el lugar prioritario, la intersubjetividad se contempla como una "intercorporalidad": como "nuestra intercorporalidad constitutiva". Como hemos visto que ocurrirá después en Lifschitz, aquí el cuerpo no se entiende únicamente como un receptor pasivo de los estímulos que capta a través de los sentidos. Merleau-Ponty afirma que tenemos conciencia del mundo

¹⁴ "La intersubjetividad –señala Garcés– es un problema típicamente moderno, propio de una filosofía que ya ha hecho del sujeto y de su conciencia el pilar central y soberano de la metafísica" (2013: 128).

por medio de nuestro cuerpo porque en él mismo podemos percibir el mundo, en el sentido de lo que hay de mundo en él (en la última fase de su producción pensará en la carne del mundo e incluso de la carne de la historia), y podemos percibir al otro, en el descubrimiento de la vulnerabilidad que nos constituye (1970 y 1994): "Nunca encontraremos al otro recortado a la distancia, puesto enfrente de nosotros... El otro está ya en el aire que respiramos, en el acento de nuestras palabras, en los órganos de nuestro cuerpo... Somos finitos porque nuestros límites no están bien definidos" (Garcés 2013: 131-134).

Ahora bien, con esto, o a partir de la "semántica de la carne" que pone en juego en la fase ulterior de su obra, Merleau-Ponty no apunta hacia la posibilidad de que dos o más cuerpos puedan llegar a consumir una incorporación recíproca y constituirse en un solo cuerpo. Del mismo modo, cuando Liffschitz alude a la "permeabilidad de la piel" (2003) o menciona un "cuerpo erótico de dos" (2009: 111-112) no se refiere a una comunión o a una fusión absoluta, acabada, de los cuerpos. De hecho, es precisamente "algo" que "hay" en "la carne" (carne y piel son, insistimos, sinónimos en el texto de Liffschitz, aunque no lo sean para Merleau-Ponty) lo que impide dicha incorporación o fusión: "el proceso de incorporación recíproco... entre varios cuerpos nunca puede arribar a su consumación porque es interrumpido por una brecha originaria que el autor –el filósofo francés– llama 'diferencia carnal'" (Esposito 2005: 169).

Esta "diferencia", que "resiste" la incorporación e incluso la invierte en un "movimiento" de "desincorporación" (como una "obstinada resistencia de la carne a hacerse cuerpo") ha generado también, es cierto, una serie de "figuras fantasmáticas" en torno a la posibilidad de la "desencarnación" e incluso de la descomposición que cuando se han trasladado y conquistado el terreno político han dado lugar, a su vez, a conceptos de comunidad que siempre tienden a cerrarse y en las que la "voluntad de incorporación" (anterior al cierre) y el "fantasma de desencarnadura" (posterior) "se intensifican de la manera más catastróficamente autodestructiva". En todo caso, una vez que hemos sido capaces de detectar y comprender el funcionamiento de estos procesos (quizás no solo los de los regímenes totalitarios del siglo xx, sino también los de las "reacciones totalitarias" más recientes), puede abrirse, según Esposito, "un nuevo horizonte de sentido". Pues bien, precisamente aquí (y todavía para nosotros) entra en juego el motivo de la "carne". En primer lugar, porque ante "el desmembramiento del cuerpo político y de sus metáforas organicistas", la carne, efectivamente, nos previene de "la obsesión neurótica de nuevas incorporaciones", dado que, como hemos visto, hay algo en ella (esa "diferencia") que no se deja incorporar, fusionar (en el caso de la enfermedad, nos prevendría de aquellas situaciones de identificación patológica con el enfermo). Y en segundo lugar porque, más allá (o más acá) de esa diferencia, la "carne" nos ofrece una posibilidad, como revela Liffschitz, no ya para constituir una comunidad acabada para siempre (una comunión con el enfermo), pero sí para concretar formas eventuales de "ser-en-común". La carne no nos habla solo de la "impertinencia" radical de los cuerpos (que es lo que evita las neurosis de incorporación e identificación), sino también de su "intrapertinencia": la carne es lo que permite que "aquello que es diferente

no se cierre herméticamente en su interior sino que se quede en contacto con su propio afuera". Ese umbral de contacto, en fin, en el que el adentro y el afuera del cuerpo se implican mutuamente, en el que se "dirige hacia fuera lo que está vuelto hacia adentro" ("La piel desnuda –escribía Liffschitz–, replegada sobre sí misma y como nunca expuesta") (2003) es el "que por tanto hace que el cuerpo del individuo ya no sea tal. Ya no solo propio... sino a la vez impropio". Y "si la carne es la expropiación de lo propio, es también –como señala Esposito– lo que lo hace común". "La carne... es –según el autor italiano– la modalidad de ser en común" de aquello que se quiere uno, individual, "inmune" (2005: 169-172). Así lo muestra también Liffschitz a partir del cáncer.

OBRAS CITADAS

- Alemán, Jorge (2012): *Soledad: común. Políticas en Lacan*. Madrid, Clave intelectual.
- Badiou, Alain (2000): *El ser y el acontecimiento*. Buenos Aires, Manantial.
- (2004): *La Ética. Ensayo sobre la conciencia del mal*. México D.F., Herder.
- Barrera Tyszka, Alberto (2006): *La enfermedad*. Barcelona, Anagrama.
- Broyard, Anatole (2013): *Ebrio de enfermedad*. Segovia, La Uña Rota.
- Cortés Rocca, Paola (2009): "Prólogo. Esto no es una pipa". En Gabriela Liffschitz: *Un final feliz (Relato sobre un análisis)*. Buenos Aires, Eterna Cadencia, pp. 7-18.
- (2003): "Efectos colaterales", *Los Inrockuptibles*. Accesible en <<http://www.terra.com.ar/canales/inrockuptibles/64/64972.html>> [última consulta: 12.02.2016].
- ; Schettini, Ariel (2006): "Sobre Venezia, de Gabriela Liffschitz", *El interpretador*. Accesible en <<http://www.elinterpretador.net/27PaolaCortesRoccaYArielSchettini-SobreVeneziaDeGabrielaLiffschitz.html>> [última consulta: 16.03.2016].
- Deleuze, Gilles (1996): *Crítica y clínica*. Barcelona, Anagrama.
- (2012): <<http://www.philosophia.cl/biblioteca/Deleuze/L%F3gica%20del%20sentido.pdf>> [última visita: 23.10.2017].
- Deleuze, Gilles; Guattari, Felix (2002): *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia, Pre-Textos.
- Derrida, Jacques (1999): *No escribo sin luz artificial*. Valladolid, Cuatro Ediciones.
- (2011): "Cierta posibilidad imposible de decir el acontecimiento". Accesible en <http://www.jacquesderrida.com.ar/textos/decir_el_acontecimiento.html> [última consulta: 23.10.2017].
- Esposito, Roberto (2005): *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires, Amorrortu.
- (2009): *Tercera persona. Política de la vida y filosofía de lo impersonal*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Fernández Ordaz, Laura (ed.) (2006): *Hannah Wilke. Exchange Values*. Vitoria, Artium.
- Foucault, Michel (1990): *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona, Paidós/ICE-UAB.
- (1992): *El orden del discurso*. Buenos Aires, Tusquets.
- (2006): *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires, FCE.

- (2007): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid, Siglo XXI.
- (2008): *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, FCE.
- (2012): *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid, Siglo XXI.
- García Calvo, Agustín, Escudero, Isabel y Rossend Arqués (1996): "Contra el diagnóstico". En: *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, n.º 25, pp. 25-32.
- Garcés, Marina (2007): "La terapia como cultivo de la impotencia. Reseña de Frank Furedi, *Therapy Culture*, Routledge 2004". En: *Revista de Espai en Blanc* n.º 3-4. Dossier "La sociedad terapéutica", pp. 215-217.
- (2013): *Un mundo común*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- Giorgi, Gabriel; Rodríguez, Fermín (eds.) (2007): *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires, Paidós.
- Illich, Ivan (1975): *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.
- (1993): "Escribir la historia del cuerpo. Doce años después de *Némesis médica*", *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, n.º 15, pp. 87-93.
- (1996): "Patogénesis, inmunidad y calidad de la salud pública", *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, n.º 25, pp. 39-45.
- Karpenstein-Eßbach, Christa (2006): "Cáncer-literatura-conocimiento. De la personalidad cancerosa a la comunicación total". En Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (eds.): *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires, Paidós, pp. 213-249.
- Le Breton, David (2002): *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Lifschitz, Gabriela (2003): *Efectos colaterales*. Buenos Aires, Norma.
- (2004): "Mientras tanto", *Página 12. Radar*. Accesible en <<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/6-1242-2004-02-15.html>> [última consulta: 16.02.2016].
- (2006): *Venezia*. Buenos Aires, Tantalia.
- (2009): *Un final feliz (Relato sobre un análisis)*. Buenos Aires, Eterna Cadencia.
- Ludmer, Josefina (2010): *Aquí América Latina. Una especulación*. Buenos Aires, Eterna Cadencia.
- Maillard, Chantal (2004): *Matar a Platón*. Barcelona, Tusquets.
- Mayayo, Patricia (2003): *Historias de mujeres, historias del arte*. Madrid, Cátedra.
- Mèlich, Joan-Carles (2010): *El otro de sí mismo*. Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona/Textos del Cuerpo.
- Merleau-Ponty, Maurice (1970): *Lo visible y lo invisible*. Barcelona, Seix Barral.
- (1994): *Fenomenología de la percepción*. Barcelona, Planeta.
- Morey, Miguel (1990): "Introducción. La cuestión del método". En Michel Foucault: *Tecnologías del yo y otros textos a fines*. Barcelona, Paidós/ICE-UAB., pp. 9-44.
- (1999): "Para una política de la experiencia". En Michel Foucault: *Entre filosofía y literatura. Obras esenciales I*. Barcelona, Paidós, pp. 145-161.
- (2014): *Escritos sobre Foucault*. Madrid, Sexto Piso.
- Nancy, Jean-Luc (2001): *La comunidad desobrada*. Madrid, Arena Libros.
- (2006): *El intruso*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Piñeyro, Enrique (2008): *Bye Bye Life* (película). Argentina, Aquafilms.
- Rancière, Jacques (2009): *El reparto de lo sensible. Estética y política*. Santiago de Chile, LOM Ediciones.

- (2011): *Política de la literatura*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- Ribalta, Jorge (ed.) (2005): *Jo Spence. Más allá de la imagen perfecta. Fotografía, subjetividad, antagonismo*. Barcelona, MACBA.
- Rolnik, Suely (2001): <http://www.macba.cat/uploads/20060531/QP_02_> [última visita: 25.09.2017].
- Sontag, Susan (1996): *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus.
- Spence, Jo (1993): *Cultural Sniping. The art of transgression*. London, Routledge.
- Vallejos, Soledad (2004): "El cuerpo en los 90: chicas intervenidas", *Lecturas: Educación física y deportes. Revista digital*, n.º 78. Accesible en <<http://www.efdeportes.com/efd78/cuerpo.html>> [última consulta: 23.02.2016].
- Vitullo, M.ª del Carmen (2004): "Mutaciones de/en lo corporal", *Educación Física y Deporte*, n.º 23. Accesible en <<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/article/view/2351/1922>> [última consulta: 23.02.2016].