



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

Cuerpos en diálogo: tejiendo ecos de diversidad e identidad

Coords.

Luís Robledo Díaz
Arantxa Grau i Muñoz

Dykinson, S.L.

CUERPOS EN DIÁLOGO:
TEJIENDO ECOS DE DIVERSIDAD E IDENTIDAD



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

CUERPOS EN DIÁLOGO:
TEJIENDO ECOS DE DIVERSIDAD E IDENTIDAD

Coords.

LUÍS ROBLEDO DÍAZ
ARANTXA GRAU I MUÑOZ

Dykinson, S.L.

2024



Esta obra se distribuye bajo licencia
Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

La Editorial Dykinson autoriza a incluir esta obra en repositorios institucionales de acceso abierto para facilitar su difusión. Al tratarse de una obra colectiva, cada autor únicamente podrá incluir el o los capítulos de su autoría.

CUERPOS EN DIÁLOGO: TEJIENDO ECOS DE DIVERSIDAD E IDENTIDAD

Diseño de cubierta y maquetación: Francisco Anaya Benítez

© de los textos: los autores

© de la presente edición: Dykinson S.L.

Madrid - 2024

N.º 208 de la colección Conocimiento Contemporáneo

1ª edición, 2024

ISBN: 978-84-1070-242-4

NOTA EDITORIAL: Los puntos de vista, opiniones y contenidos expresados en esta obra son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores. Dichas posturas y contenidos no reflejan necesariamente los puntos de vista de Dykinson S.L, ni de los editores o coordinadores de la obra. Los autores asumen la responsabilidad total y absoluta de garantizar que todo el contenido que aportan a la obra es original, no ha sido plagiado y no infringe los derechos de autor de terceros. Es responsabilidad de los autores obtener los permisos adecuados para incluir material previamente publicado en otro lugar. Dykinson S.L no asume ninguna responsabilidad por posibles infracciones a los derechos de autor, actos de plagio u otras formas de responsabilidad relacionadas con los contenidos de la obra. En caso de disputas legales que surjan debido a dichas infracciones, los autores serán los únicos responsables.

INDICE

INTRODUCCIÓN	10
--------------------	----

LUIS ROBLEDO DÍAZ
ARANTXA GRAU I MUÑOZ

SECCIÓN I.

DIALOGOS CORPORALES: INTERCONEXIONES, FRONTERAS Y REPRESENTACIÓN

CAPÍTULO 1. SUBORDINACIÓN Y HEGEMONIA: LA MASCULINIDAD INCEL COMO MASCULINIDAD HÍBRIDA.....	15
--	----

LUIS UCEDA HERNÁNDEZ
ARANTXA GRAU-MUÑOZ

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA ENCUESTA DE LA JUVENTUD DE CATALUÑA 2022 (EJC22) POR ORIENTACIÓN SEXUAL...	34
---	----

LEON FREUDE

CAPÍTULO 3. GÉNERO, GENERACIONES Y FAMILIAS DE PERSONAS NO BINARIAS. UNA CONTRIBUCIÓN A PARTIR DE UNA INVESTIGACIÓN EN ITALIA.....	57
--	----

MARIELLA POPOLLA

CAPÍTULO 4. MARIKAS Y RATAS. RESIGNIFICACIÓN DE ESPACIOS NORMATIVOS MEDIANTE LA PRÁCTICA PERFORMÁTICA Y LAS SUBCULTURAS LGTBIQA+ EN BARCELONA	73
---	----

EKI IRUSTA ARAUJO

CAPÍTULO 5. SEXUALIDADES EN JUEGO: SOBRE LAS REPRODUCCIONES HETERONORMATIVAS DE SUJETOS E IDENTIDADES EN EL CONTEXTO DEPORTIVO.....	93
---	----

MARTA EULALIA BLANCO GARCÍA

CAPÍTULO 6. DALÍ'S AMAZONS. THE SURREALISM OF THE CLASSICAL FEMALE BODY	109
--	-----

ARTURO SÁNCHEZ SANZ

CAPÍTULO 7. TRAVERSEES DE POUVOIR : ANALYSE INTERCONNECTEE DES THEORIES FEMINISTES SUR LE GENRE.....	131
---	-----

SERGIO FUERTES BUESO

CAPÍTULO 8. EL «FEMINISMO AGUAFIESTAS» DE SARA AHMED: UNA REIVINDICACIÓN DE LA INFELICIDAD	145
---	-----

MARÍA TOCINO RIVAS

CAPÍTULO 9. JUDITH BUTLER: CUERPO, PERFORMATIVIDAD, PERFORMANCE Y FRONTERAS	157
DIANA CAROLINA BEJARANO COCA	
CAPÍTULO 10. SALUD, CULTURA, GÉNERO Y SEXUALIDAD: ANALIZANDO LA FIGURA DE OCAÑA	173
MARÍA CABILLAS ROMERO	
CAPITULO 11. COMPREHENSION DES RELATIONS ENTRE PRODUCTION ET REPRODUCTION EN LIEN AVEC LE GENRE, LA CLASSE, L'ETHNICITE ET LA SEXUALITE.....	193
SERGIO FUERTES BUESO	
CAPÍTULO 12. BLEEDING GODDESSES AND FEMALE DYSMORPHIA IN SHASHI DESHPANDE'S <i>THE DARK HOLDS NO TERRORS</i> AND NARAYAN'S <i>KOCHARETHI</i> . MENSTRUATION AS AN ETHNOLOGICAL PARADIGM IN (POST)COLONIAL INDIA.....	207
JAIRO ADRIÁN-HERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 13. WHAT'S IN A LIFETIME? AGES OF HUMAN LIFE METAPHORS: A CROSS-CULTURAL ANALYSIS.....	221
MÓNICA MARÍA MARTÍNEZ SARIEGO	
CAPÍTULO 14. EL PAPEL DE LA MORFOLOGÍA FLEXIVA EN LA CONSOLIDACIÓN DEL LENGUAJE INCLUSIVO. CUERPOS E IDENTIDADES VISIBILIZADOS A TRAVÉS DEL MORFEMA -E	250
LUCAS BALLESTEROS DE LA CRUZ	
RAFAEL PONTES VELASCO	

SECCIÓN II.

EL CUERPO AUSCULTADO: ENTRE EL DOLOR Y EL ESTIGMA

CAPÍTULO 15. LES DISFUNCIONS SEXUALS FEMENINES I ELS SEUS TRACTAMENTS: ENTRE EL CONTROL BIOPOLÍTIC I EL MANAGEMENT DEL SELF	271
MARTA GRAU RODA	
AINA FAUS-BERTOMEU	
CAPÍTULO 16. EL OCULARCENTRISMO EN LOS DIAGNÓSTICOS: ARTICULACIÓN DE LA GORDOFOBIA MÉDICA A TRAVÉS DE LAS FORMAS VISIBLES DEL CUERPO	291
ELENA CASTRO FERNÁNDEZ	

CAPÍTULO 17. CON LAS PIERNECITAS ABIERTAS Y TU COSITA AL AIRE»: EXPLORACIÓN DE EXPERIENCIAS ENCARNADAS DE GORDOFOBIA GINECOOBSTÉTRICA Y RESISTENCIAS DE MUJERES EN ESPAÑA.....	311
NINA NAVAJAS-PERTEGÁS	
CAPÍTULO 18. DOLOR MENSTRUAL EN LA ADOLESCENCIA: EFECTOS EN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE OCIO	331
MARGA MARÍ-KLOSE	
SANDRA ESCAPA	
ALBERT JULIÀ	
PEDRO GALLO	
CAPÍTULO 19. DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS NARRATIVAS MENSTRUALES: REPRESENTACIÓN, ESTIGMA E IMAGINARIOS SOCIALES	346
IRENE RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	
JUAN JOSÉ LABORA-GONZÁLEZ	
OLGA CERVERA-SAINZ	
ENRIQUE FERNÁNDEZ-VILAS	
CAPÍTULO 20. CUERPOS MARGINADOS, CUERPOS IGNORADOS. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN UN CONTEXTO DE POBREZA URBANA	368
CAROLINA MARTÍNEZ-SALGADO	
CAPÍTULO 21. LO PATOLÓGICO Y LO EXISTENCIAL. LOS PELIGROS DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA CONDICIÓN HUMANA	388
CARLOTA GÓMEZ HERRERA	
CAPÍTULO 22. ENFERMAR A TRAVÉS DE LA MIRADA. EL PELIGRO DE LA INMERSIÓN VISUAL	408
MARÍA DOLORES GARCÍA GONZÁLEZ	
CAPÍTULO 23. EL SIGNIFICADO DE “CUERPO SANO” COMO ELEMENTO PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE EL MODELO SALUTOGÉNICO.....	435
GIOVANNA GEORGINA RAMÍREZ CERÓN	
SAÚL RAMÍREZ DE LOS SANTOS	
CARLOS ALFONSO MERCADO CALDERÓN	
CAPÍTULO 24. LA ECTOGÉNESIS EN DISPUTA. ¿UNA TECNOLOGÍA CON POTENCIALIDADES PARA LA ABOLICIÓN DEL BINARISMO DE GÉNERO BASADO EN EL BIOSEXISMO (RE)PRODUCTIVO?	456
JOAN TORRES-PALOMARES	
SARA MÉNDEZ	
CAPÍTULO 25. ESPACIOS VERDES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). UNA APROXIMACIÓN TRANSDISCIPLINAR AL PAISAJE TERAPÉUTICO.....	475
LAURA MIER VALERÓN	

SECCIÓN III.
CUERPOS EN FORMACIÓN: ENTRE EL EMPRENDIMIENTO
Y LAS RESISTENCIAS

CAPÍTULO 26. AVALUANT UNA FORMACIÓ SOBRE LES VIOLÈNCIES MASCLISTES DIGITALS A LA UNIVERSITAT	495
LEON FREUDE CLARA CAMPS CALVET	
CAPÍTULO 27. LA COMUNIDAD FAMILIAR EN EL SURGIMIENTO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LA INFANCIA	513
AGUSTÍN LLORCA LINDE	
CAPÍTULO 28. EL MANDATO DE LA MASCULINIDAD EN LA PRODUCCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA UNIVERSIDAD. UN ANÁLISIS DE LOS TESTIMONIOS DE LAS ESTUDIANTES DURANTE EL MAYO FEMINISTA EN CHILE (2018) ...	533
LORETO MAHAN GONZÁLEZ	
CAPÍTULO 29. CUERPO, JUVENTUD Y EDUCACIÓN. DE LA MILITARIZACIÓN DE LA INFANCIA A LA RESISTENCIA ACTIVISTA...	548
ISABEL VILAFRANCA MANGUÁN LILIANA ARIAS ORTIZ	
CAPÍTULO 30. CARTOGRAFÍAS CORPORALES: DE LOS DISCURSOS DE ODIOS A UN OCIO COMPARTIDO	567
LAURA CRUZ LÓPEZ MARÍA BARBA NÚÑEZ	
CAPÍTULO 31. APROXIMACIÓN PRÁCTICA A LA CORPORALIDAD CONSCIENTE EN LA FORMACIÓN DE EDUCADORES EN MONDRAGON UNIBERTSITATEA	587
OLATZ MANUEL EZENARRO	
CAPÍTULO 32. LA IMPORTANCIA DE FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LAS NIÑAS EN CARRERAS STEM.....	610
SUSANA GONZALEZ-PEREZ ARANCHA MIELGO	
CAPÍTULO 33. ¿ES EL EMPRENDIMIENTO COSA DE HOMBRES?	624
SUSANA GONZALEZ-PEREZ ARANCHA MIELGO	

SECCIÓN IV.
CUERPOS EN LA ANCIANIDAD: PRÁCTICAS, CUIDADO Y
ESTEREOTIPOS

CAPÍTULO 34. SENECTUD Y CORPOREIDAD EN LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA	643
ALFONSO LÓPEZ-PULIDO	
CAPÍTULO 35. EPISTEMOLOGÍAS DE LA VEJEZ Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL. LA REPRODUCCIÓN DEL EDADISMO EN LOS PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES	660
AINA FAUS-BERTOMEU MARTA GRAU RODA ELISABET MARCO-AROCAS	
CAPÍTULO 36. MUJERES MAYORES EN LA CIUDAD JUBILADA	681
CRISTINA BOTANA IGLESIAS	
CAPÍTULO 37. CUERPOS, CUIDADOS Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL ESPACIO PÚBLICO: EL CASO DE LA <i>SUPERILLA</i> DE SANT ANTONI, BARCELONA	707
PEP VIVAS I ELIAS MIRELA FIORI MARIELA IGLESIAS COSTA GABRIELA FAUTH	
CAPÍTULO 38. PERSPECTIVA MULTIVARIANTE APLICADA AL ANÁLISIS DE SENTENCIAS DE MALTRATO A ANCIANOS.....	730
ROLANDO-ÓSCAR GRIMALDO-SANTAMARÍA MARÍA-INMACULADA RUIZ-FINCIAS LUCÍA PIÑÓN BUENDÍA	

En el vasto tapiz de la humanidad, los cuerpos son hilos entrelazados que tejen historias y resuenan a través del tiempo y el espacio. "Cuerpos en diálogo: tejiendo ecos de diversidad e identidad" emerge como una obra que invita a sumergirse en las profundidades de estas narrativas, revelando las intersecciones sutiles y las raíces culturales que moldean nuestras existencias corpóreas.

En la primera sección, "Diálogos Corporales: interconexiones, fronteras y representación", los cuerpos son conceptualizados como territorios dinámicos de encuentro y desencuentro. En estos espacios, las interconexiones y las fronteras no son estáticas, sino que se configuran y reconfiguran continuamente, reflejando la naturaleza fluida y cambiante de las identidades y las relaciones sociales. Los cuerpos, en este contexto, se convierten en portadores de significados múltiples y complejos, donde cada gesto, postura y movimiento se transforma en una forma de comunicación. Este diálogo corporal, aunque silencioso, posee una elocuencia poderosa que trasciende las limitaciones temporales y espaciales. Al analizar estas representaciones, se revelan las múltiples capas de significación que los cuerpos adquieren en diferentes contextos socioculturales, permitiendo una comprensión más profunda de cómo las identidades se negocian y se manifiestan a través del cuerpo. Así, esta sección ofrece una exploración detallada de los modos en que los cuerpos se entrelazan en un continuo de interacción, sexualizado o no, resaltando tanto las conexiones íntimas como las distancias que los separan, y subrayando la importancia de considerar el cuerpo como un sitio crucial de significado y agencia en el estudio de la diversidad e identidad.

El dolor y el estigma, sombras que acompañan a muchos en su andar, encuentran su voz en “El Cuerpo Auscultado: entre el dolor y el estigma”. Esta sección es un canto doloroso y resiliente, un eco de las vivencias de quienes navegan en las corrientes adversas de la marginalización y la incompreensión. Es una ventana abierta a la intimidad y la fuerza que emerge de ella. Al poner de relieve estas historias, se desafían las narrativas simplistas y estigmatizantes que a menudo rodean el dolor y la enfermedad. Esta sección busca no solo documentar el malestar, sino además ofrecer una comprensión más matizada de cómo el dolor y el estigma afectan la identidad y la calidad de vida de las personas.

“Cuerpos en Formación: entre el emprendimiento y las resistencias” nos invita a recorrer los senderos sinuosos y a explorar los espacios educativos donde se forjan las identidades en las primeras etapas de la vida. A través de un enfoque crítico y multidimensional, esta sección revela la complejidad de los procesos de configuración de identidad en contextos educativos. Paralelamente, se examinan las formas de resistencia que surgen en respuesta a las estructuras opresivas y las limitaciones socioculturales, subrayando la importancia de la agencia individual y colectiva.

Aquí, los cuerpos se convierten en territorios de aprendizaje y transformación, donde cada experiencia educativa esculpe el carácter y las perspectivas de quienes se encuentran en plena formación. En las aulas, patios y bibliotecas, los cuerpos descubren el mundo, absorbiendo conocimientos y desarrollando habilidades que los acompañarán toda la vida. Infancia, adolescencia y juventud, con su torrente de cambios y desafíos, se convierten en un periodo de intensa reconfiguración, donde los cuerpos negocian su identidad en medio de vigilancias y resistencias.

Finalmente, “Cuerpos en la Ancianidad: prácticas, cuidado y estereotipos” nos invita a explorar la complejidad y la profundidad de la experiencia del envejecimiento. Esta sección explora de manera crítica las diversas dimensiones del envejecimiento, destacando tanto los desafíos como las oportunidades que surgen en esta etapa de la vida. A través de un análisis histórico y contemporáneo, se examinan las raíces de los estereotipos asociados con la vejez desde la antigüedad hasta nuestros días, revelando cómo las concepciones culturales y sociales han

influido en la percepción de los cuerpos envejecidos. Se aborda la transformación de la percepción social de la sexualidad en la vejez, promoviendo una visión más holística y respetuosa de la salud sexual en esta etapa de la vida. La experiencia de las mujeres mayores en el contexto urbano también se explora, destacando cómo utilizan y transforman los espacios de la ciudad, subrayando su agencia y capacidad para moldear su entorno. Además, se presenta un análisis de cómo los espacios públicos pueden fomentar el envejecimiento activo y la integración comunitaria. Asimismo, se analiza el fenómeno del maltrato a los ancianos desde una perspectiva jurídica, proporcionando una comprensión profunda de las dinámicas y factores que contribuyen a esta problemática y proponiendo medidas para su prevención. A través de estos enfoques, la sección ofrece una perspectiva enriquecedora sobre la ancianidad, invitando a una reflexión detallada sobre cómo las concepciones culturales y sociales influyen en la percepción y el tratamiento de las personas mayores, y cómo estas concepciones pueden ser transformadas para promover una visión menos edadista, más inclusiva y dignificante del envejecimiento.

Este libro busca ser un espacio de reflexión y diálogo, un foro donde se entrelacen voces y experiencias diversas para enriquecer nuestra comprensión de los cuerpos y sus múltiples dimensiones. A lo largo de sus páginas, se pretende crear un tapiz de conocimientos que fomente el respeto, la empatía y la valoración de la diversidad corporal y las identidades que la conforman. Cada sección del libro aporta perspectivas únicas, desde las raíces históricas de los estereotipos y las dinámicas de poder que moldean las percepciones corporales, hasta las experiencias contemporáneas de dolor, resistencia y transformación.

La diversidad de los cuerpos se aborda no solo desde una perspectiva física, sino también en términos de las vivencias personales y sociales que los definen. Este enfoque integral permite apreciar cómo los cuerpos interactúan con su entorno, cómo son representados y cómo resisten y se adaptan a las fuerzas que buscan moldearlos. Al explorar estas dinámicas, se pone de relieve la importancia de considerar el cuerpo como un sitio de significado y agencia, un lugar donde se negocian y se manifiestan las identidades.

Esta obra colectiva es una invitación a mirar más allá de las apariencias y a escuchar las historias que cada cuerpo tiene que contar. Al hacerlo, esperamos contribuir a una comprensión más profunda y matizada de la diversidad humana, promoviendo un mundo en el que todas las identidades sean reconocidas y valoradas por igual. Con este objetivo, cada capítulo está diseñado para desafiar las nociones preconcebidas y abrir nuevas vías de pensamiento, estimulando un diálogo continuo y enriquecedor sobre la relación entre los cuerpos, la identidad y la sociedad.

LUIS ROBLEDO DÍAZ

Universitat de València

Western Sydney University

ARANTXA GRAU I MUÑOZ

Universitat de València

LO PATOLÓGICO Y LO EXISTENCIAL. LOS PELIGROS DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA CONDICIÓN HUMANA

CARLOTA GÓMEZ HERRERA
Universitat de València

1. INTRODUCCIÓN

En la presente contribución se elabora una meditación, en sentido orteguiano, que propicia una confluencia dialéctica de los planteamientos de tres pensadores, provenientes de tradiciones filosófico-literarias distintas: la argentina, la alemana y la francesa para pensar la condición humana. Estos pensadores son Jorge Luis Borges, Friedrich Nietzsche y Michel Foucault. La reflexión se centra, en primer lugar, en plantear la enfermedad como metáfora de la condición humana; en segundo lugar, en examinar los peligros de la medicalización y patologización de dicha condición como estrategia biopolítica de control social; y, por último, en mostrar cómo a la luz del análisis teórico se puede encontrar una posible operación biohermenéutica filosófica, que fundamente una política del amparo y la defensa de la sociedad a partir de nuevas posibilidades de modulación y resistencia ética con respecto al sí mismo y al otro.

2. BORGES Y SUS OTROS

Al otro, a Borges, es a quien le ocurren las cosas. Yo camino por Buenos Aires y me demoro, acaso ya mecánicamente, para mirar el arco de un zaguán y la puerta cancel; de Borges tengo noticias por el correo y veo su nombre en una terna de profesores o en un diccionario biográfico. Me gustan los relojes de arena, los mapas, la tipografía del siglo XVIII, las etimologías, el sabor del café y la prosa de Stevenson; el otro comparte esas preferencias, pero de un modo vanidoso que las convierte en atributos de un actor. Sería exagerado afirmar que nuestra relación es hostil; yo vivo, yo me dejo vivir, para que Borges pueda tramar su

literatura y esa literatura me justifica. Nada me cuesta confesar que ha logrado ciertas páginas válidas, pero esas páginas no me pueden salvar, quizá porque lo bueno ya no es de nadie, ni siquiera del otro, sino del lenguaje o la tradición. Por lo demás, yo estoy destinado a perderme, definitivamente, y sólo algún instante de mí podrá sobrevivir en el otro. Poco a poco voy cediéndole todo, aunque me consta su perversa costumbre de falsear y magnificar. Spinoza entendió que todas las cosas quieren perseverar en su ser; la piedra eternamente quiere ser piedra y el tigre un tigre. Yo he de quedar en Borges, no en mí (si es que alguien soy), pero me reconozco menos en sus libros que en muchos otros o que en el laborioso rasgueo de una guitarra. Hace años yo traté de librarme de él y pasé de las mitologías del arrabal a los juegos con el tiempo y con lo infinito, pero esos juegos son de Borges ahora y tendré que idear otras cosas. Así mi vida es una fuga y todo lo pierdo y todo es del olvido, o del otro.

No sé cuál de los dos escribe esta página (Borges, 1960, pp. 69-70).

¿Quién es ese otro al que Borges se refiere? El nombre de Borges designa, en este caso, a un modo de abordar (posiblemente, aunque de otra manera, similar al estilo de Derrida o Deleuze) el quehacer filosófico y la vida, la ciencia y la filosofía de la vida. Este modo particular de hacer filosofía y de vivir es el del nombre propio, filosofar con su nombre, en su nombre. Uno de los primeros, quizá, que puso en juego *su* nombre, es decir, sus nombres y sus biografías fue Nietzsche. El filósofo alemán asumió, vitalmente, los riesgos que hacer filosofía en nombre propio conlleva; exponer el conjunto de “nombres” que habita el significante ‘Nietzsche’. Reflejo de ello fue la conquista de su porvenir, especialmente el porvenir político y ético de aquello cuya firma asumió. Estaría fuera de lugar afirmar, como el propio Borges señala, que su relación con el Otro, que no es sino él mismo, es hostil; pues el yo que el nombre Borges encarna vive, y se deja vivir, para que el Otro Borges pueda, en efecto, tramar su literatura y esa literatura es lo que justifica su ser.

Sin embargo, esa relación con el Otro del sí mismo, cristalizada en la vida y en la escritura, revela la hostilidad, la extrañeza que supone ser ser humano (1997, p. 125). La enfermedad que el ser humano habita queda manifiesta cuando uno asume la finitud. Ella misma al ejecutarse, pone en juego *su* nombre (1997, p. 114). A través de las trazas escritas, las palabras van constituyendo marcas de lo posible, que no fue, y de lo que fue, que ya no es. Estas se multiplican, retuercen y conducen al

alma lectora a otros mundos posibles y a una melancolía. En su escritura, Borges compromete su cuerpo y su nombre, incluso si avanza bajo máscaras o pseudónimos sin nombre propio, máscaras o múltiples nombres que no pueden proponerse o producirse, como toda máscara e incluso toda teoría del simulacro, sino conllevando siempre un beneficio de protección, una plusvalía donde se reconoce la astucia de la vida (1997, p. 109).

No obstante, nada de ello logra que esas trazas autobiográficas y fantásticas al mismo tiempo, puedan salvarlo, quizá porque la posibilidad de la infinitud solo se vislumbra en la literatura, que ya no es de nadie, ni siquiera del otro, sino del lenguaje o la tradición, si el archivo de esta así lo incorpora. Por lo demás, Borges y sus otros, la encarnación que representan los nombres propios, esto es, todos y cada uno de los lectores, están destinados a perderse, definitivamente, y solo algún instante de ellos podrá sobrevivir en el otro, aún vivo, aún latente.

Poco a poco, las grandes empresas y proyecciones de lo humano, van desinflándose y sus cuerpos, esos cuerpos ya siempre enfermos, le van cediendo todo al oscuro enigma, al certero principio: la muerte. La tarea de las filosofías de los magnos pensadores, aunque les cueste reconocerlo, pueden resumirse en diálogos pretendidamente eternos, cuya intención, consciente o no, revela en un acto de vulnerabilidad la irremediable necesidad de falsear y magnificar para seguir viviendo. Es la beligerante e indefinida lucha de la vida humana por permanecer en el ser la que Spinoza detectó con facilidad. Comprendió que de entre todas las cosas, los seres humanos quieren perseverar en su ser; la piedra eternamente quiere ser piedra y el tigre un tigre. No puede, la piedra, despedrarse, como tampoco el tigre destrigrarse (Spinoza, 1980, p. 194). ¿Pero es comparable la tendencia a perseverar en su ser puramente animal a la humana? ¿Qué es lo que queda de Borges en sus obras literarias? ¿Y de Nietzsche en sus aforismos? Así, la vida ha de ser vista y comprendida como una fuga, pues todo de ella se pierde y todo es del olvido, o del Otro.

Sin embargo, mientras la vida se habita se hace mediante un cuerpo. Desde el cuerpo se recorre lo infinito a través de los múltiples caminos que presenta lo finito (Goethe, 2013). El mundo está en nosotros tanto

como nosotros estamos en el mundo, somos mundo y creamos mundo; se trata de una relación de co-originariedad constante; uno es mundo, parte del conjunto material de lo existente, tanto como él configura mundo, su ser en el mundo es un ser que, irremediabilmente, crea símbolos (Cassirer, 2016), se encuentra en *circum-stantia* (Ortega y Gasset, 1966, p. 319), situado (Beauvoir, 2017, p. 160). Merleau-Ponty lo expresa como sigue:

En el mismo instante en que vivo en el mundo, en que estoy entregado a mis proyectos, a mis ocupaciones, a mis amigos, a mis recuerdos, puedo cerrar los ojos, recostarme, escuchar mi sangre palpitando en mis oídos, fundirme en un placer o un dolor, encerrarme en esta vida anónima que subtiende mi vida personal. Pero precisamente porque puede cerrarse al mundo, mi cuerpo es asimismo lo que me abre al mundo y me pone dentro de él en situación (1996, p. 248).

Ahora bien, esta condición de vulnerabilidad que nos aflige, cuya mirada se encuentra siempre orientada hacia el horizonte temido, la muerte, puede ser incrementada, acelerada, sobrevenida, pero, sobre todo, puede ser pensada en términos de enfermedad. Desde cierta consideración antropológica el ser humano puede ser comprendido como un ser estructuralmente enfermo (Aurenque, 2022). Es un ser que, por ser como es, está a medio camino, a caballo, constituye un entre irresoluble. Justamente por ello, este ser es el único que hace filosofía. Su ejercicio o modo de ser más propio es, por tanto, el filosofar. Él no es animalidad substancial, entidad dada, lanzada a la inmediatez; más bien, su forma de ser está atravesada por la negatividad.

A diferencia del animal, este puede decir ¡no! porque lo que en él reina no es ya el instinto que debe ser respondido siguiendo la orden natural, sino la negación de lo dado, la posibilidad de devenir, esto es, la necesaria elección a la que arroja la reflexión o la conciencia de sí y de la mortalidad. La conciencia, decía Unamuno, es una enfermedad y cuanto más aguda más enfermo vuelve al ser humano. Ejemplo estrella fue Nietzsche y su desenlace trágico. La conciencia hace del ser humano un animal enfermo (Nietzsche, 1966, p. 141). Pero no solo Nietzsche, diversos y numerosos seres humanos de carne y hueso son ejemplares paradigmáticos y pa(de)cientes del sentimiento trágico de la vida. El propio Unamuno los nombra: Marco Aurelio, Agustín de Hipona, Pascal,

Rousseau, René, Obermann, Thomson, Leopardi, Vigny, Lenau, Kleist, Amiel, Quental, Kierkegaard son algunos de los nombres de seres humanos cargados de aguda conciencia y, por ello, filósofos.

Hay algo que, a falta de otro nombre, llamaremos el sentimiento trágico de la vida, que lleva tras sí toda una concepción de la vida misma y del universo, toda una filosofía más o menos formulada, más o menos consciente. Y ese sentimiento pueden tenerlo, y lo tienen, no sólo hombres individuales, sino pueblos enteros. Y ese sentimiento, más que brotar de ideas, las determina, aun cuando luego, claro está, estas ideas reaccionan sobre él, corroborándolo. Unas veces puede provenir de una enfermedad adventicia, de una dispepsia, verbigracia, pero otras veces es constitucional. Y no sirve hablar, como veremos, de hombres sanos e insanos. Aparte de no haber una noción normativa de la salud, nadie ha probado que el ser humano tenga que ser naturalmente alegre. Es más: el ser humano, por ser ser humano, por tener conciencia, es ya, respecto al burro o a un cangrejo, un animal enfermo. La conciencia es una enfermedad (Unamuno, 2011, p. 63).

Afirmar o creer que lo que caracteriza al ser humano es la enfermedad exige precisar el concepto, empresa de considerable dificultad. Esto se debe no solo a la variedad de significados atribuibles dependiendo de la disciplina desde la cual se emprenda su análisis, o a la particular carga semántica y epistémica que entraña la noción de ‘enfermedad’, sino también a la diversidad de marcos teóricos que pueden ser empleados para abordar esta indagación.

La enfermedad pensada en su relación con la condición humana, es decir, como un rasgo estructuralmente humano presenta, como toda categoría filosófica, cierta ambigüedad de la que no puede deshacerse. El ser humano no es animalidad, puede decir no, pero casi; no es divinidad, pues no crea con la palabra, su enunciar no es Verbo, pero casi. Entonces, ¿qué es pues? Es la posibilidad que, por el hecho de serlo, se encuentra encadenada a la inmanencia.

Una inmanencia extraña que necesita de sí misma para ser, pero en cuya fundamentación no encuentra del todo satisfacción. El ser humano errante por el mundo al que es arrojado, se encuentra sin guía, sin auriga que lo conduzca y sin determinación dada. Lo cual, en realidad, no necesariamente debería ser problemático de no ser por la voraz voluntad de verdad (Nietzsche, 1996, p. 182), voluntad de saber (Foucault, 2007a,

p. 119) voluntad de creer (Cioran, 2019, p. 15), voluntad de unidad (Cioran, 2021, p. 10); necesitamos de mando, de director de orquesta al que seguir el compás. En un primer momento, por tanto, puede caber pensar que lo nos lleva a la vida buena es la satisfacción de nuestros deseos. ¿Qué debo seguir si no lo que me incita el cuerpo?, puede preguntarse el individuo... ¿qué mejor líder, si se está solo?, ¿acaso tiene el ser humano otra cosa más a la que pueda acudir que a uno mismo?

Ahí está el primer abismo, la doblez a la que se ve expuesto el ser humano: la elección. He ahí el “pecado original”, de acuerdo con el personaje de *La vida es sueño*, Segismundo, Plinio y Platón, que es nuestro ser, porque “el delito mayor del ser humano es haber nacido” (Calderón de la Barca, 2019, p. 21), porque el ser humano no está solo; solo se tiene a él mismo, pero el ser humano es más que uno, y entre estos “unos”, entre sus yoes, encuentra su razón, afectiva y escéptica por naturaleza.

Y la razón, *su* razón, le dice al ser humano de carne y hueso que revise la tendencia de guiarse por sus tendencias del ánimo —no necesariamente corporales—, que es de sabios pensar antes de actuar y sopesar las posibles consecuencias de la acción en un acto imaginativo. Porque el ser humano vive en la contradicción; por ello, no puede confiar *absolutamente* en sí mismo, el ser humano es un animal enfermo, pero justamente al mismo tiempo es libre.

3. LA ENFERMEDAD: FENÓMENO EXISTENCIAL Y FENÓMENO CORPORAL

La definición del ser humano como “animal enfermo” ha sido sumamente empleada en el campo filosófico. Nietzsche la empleó en un sentido metafórico y comparativo. “Enfermos” no por padecer de una patología médica concreta, sino porque en comparación con los demás animales, el ser humano no se guía solo por los mecanismos evolutivos que le dicta su biología; se realiza plenamente como humano más allá de lo que su naturaleza le impone. Debe hacerse. Como seres vivos, los seres humanos comparten un cuerpo orgánico y una biología común, sujetos a las mismas leyes que rigen todo lo que nace y muere. Nuestra existencia implica nacer, alimentarnos, cobijarnos y, en última

instancia, enfrentar la mortalidad. No obstante, lo que distingue al ser humano es su condición de ‘animal enfermo’, ya que su auténtica “salud” no está predeterminada por la naturaleza. La salud del ser humano no se limita simplemente a mantenerse con vida, sino que radica en la capacidad de construir una existencia con un propósito propio (Nietzsche, 2005, p. 26). Este propósito no surge de forma innata ni como resultado de procesos puramente bioquímicos; más bien, implica un proceso de autoconstrucción a través de una narrativa biográfica, única para cada individuo y moldeada por factores técnicos y culturales.

De esta manera, en comparación con los animales no humanos, los seres humanos podrían considerarse “enfermos” debido a nuestra dependencia de una serie de mecanismos que están fuera del ámbito natural para garantizar nuestra supervivencia. Mientras que los animales hallan su propia salud dentro de la naturaleza misma, el ser humano construye su propia noción de ‘salud’ y la defiende y promueve mediante diversos medios, tales como la medicina, la ética, las instituciones, la política, las tecnologías, la filosofía y el arte, entre otros (Illich, 1975, p. 139). Estas manifestaciones representan posibilidades que van más allá de lo natural y que hemos ideado para salvaguardar y cultivar una vida auténticamente humana.

Pero, además de entender la enfermedad como un fenómeno existencial, el *ser* enfermo puede también *estar* enfermo. Sin duda, la existencia humana se define por una específica contingencia y vulnerabilidad. Podemos incluso afirmar que somos casi siempre nuestras vulnerabilidades y pocas, aunque ansiosas, veces nuestra autonomía (Blumenberg, 2014). La enfermedad, por tanto, tiene una dimensión corporal sustancial. Husserl indicó que cuando hablamos de cuerpo hablamos, sobre todo, del medio *aisthético* que permite al ser humano toda percepción. El cuerpo es el órgano de la sensibilidad y concurre necesariamente en la génesis de esta aunque, sin embargo, permanece ajeno a las condiciones absolutas de la conciencia creadora de sentido. El cuerpo también se concibe como órgano sensorial, condición para la plena inscripción del sujeto en el mundo. Es el punto de orientación del aquí y del ahora, desde el cual se establece el vínculo intencional con los objetos y se les confiere sentido (Husserl, 2005).

El cuerpo humano no debe ser visto simplemente como una entidad separada del alma o mente, como se ha planteado en la dicotomía clásica entre alma y cuerpo. Más bien, desde una perspectiva fenomenológica, el cuerpo se entiende como la manifestación física del comportamiento y la forma en que nos relacionamos con el mundo que nos rodea (Illich, 1975, p. 197). Este entendimiento del cuerpo surge de un proceso en el cual el sujeto, inmerso en un entorno de interacción social, atribuye significado a su entorno y construye su experiencia individual, su experiencia de lo propio. Ahora bien, el cuerpo posee una dualidad intrínseca: ser sujeto y ser objeto. Por un lado, sirve como punto de referencia fundamental para todas nuestras experiencias, ya que es a través de él que interactuamos con el mundo. Por otro lado, el cuerpo también puede ser considerado como un objeto en sí mismo, una entidad física que está sujeta a daños, lesiones o incluso su desaparición.

Ese mundo o circunstancia en que me encuentro sumido no es sólo el paisaje que me rodea, sino también mi cuerpo y también mi alma. Yo no soy mi cuerpo; me encuentro con él y con él tengo que vivir, sea sano, sea enfermo, pero tampoco soy mi alma: también me encuentro con ella y tengo que usar de ella para vivir, aunque a veces me sirva mal porque tiene poca voluntad o ninguna memoria. Cuerpo y alma son cosas, y yo no soy una cosa, sino un drama, una lucha por llegar a ser lo que tengo que ser. La pretensión o programa que somos oprime con su peculiar perfil ese mundo en torno, y éste responde a esa presión aceptándola o resistiéndola, es decir, facilitando nuestra pretensión en unos puntos y dificultándola en otros (Ortega, 1963, p. 339).

¿Cómo digerir esta vulnerabilidad que caracteriza al ser humano a nivel existencial y corporal y cómo, de hecho, se inserta esta concepción en la esfera socio-institucional?

4. FOUCAULT Y LA MIRADA CLÍNICA: ANÁLISIS DEL SABER MÉDICO

Foucault trató la enfermedad mental frente a la enfermedad corporal u orgánica en su libro *Enfermedad mental y personalidad* en 1954. En él, de forma sigilosa, se evidencia una crítica que dirige hacia la psicología de su época, la cual está estrechamente ligada a un enfoque delineado por la influencia positivista de las ciencias naturales. Esta perspectiva establece las

bases para definir lo anormal y lo normal, y tiene como fundamento la psicopatología. Foucault se desenvuelve con maestría entre los planteamientos filosóficos heredados de Husserl, Merleau-Ponty, Althusser y Heidegger, manteniendo una marcada relación con el existencialismo de su tiempo, especialmente con el pensamiento de Binswanger.

En su texto de 1954, Foucault plantea dos interrogantes cruciales acerca de la patología mental. Por un lado, ¿bajo qué condiciones podemos considerar algo como una enfermedad en el ámbito psicológico?; y por otro, ¿cómo se relacionan los fenómenos de la patología mental con los de la patología orgánica? Estos cuestionamientos sirven como punto de partida para su crítica hacia los métodos prácticos empleados en psicología y psiquiatría. Foucault argumenta que los procedimientos utilizados en medicina orgánica no siempre son aplicables en el ámbito de la patología mental. Este postulado será medular para la estructuración de su pensamiento. Al examinar el desarrollo de las ciencias del alma desde la Ilustración, el francés delinea con precisión el desenlace de estas tensiones en la consolidación de la psicología experimental y el marco psiquiátrico. Señala que el destino de esa psicología que aspiraba a ser un conocimiento positivo fue establecerse sobre dos fundamentos filosóficos: que la verdad sobre el ser humano se limita a su naturaleza intrínseca y que el camino hacia cualquier conocimiento científico del comportamiento debe atravesar la determinación de relaciones cuantitativas, la formulación de hipótesis y la confirmación experimental (1990, p. 59). Sin embargo, la contienda entre las visiones que daban primacía a las concepciones fisiológicas o biológicas experimentales y las aproximaciones fenomenológicas no solo perduró, sino que incrementó notablemente. La percepción de las disfunciones del cuerpo y la mente reveló la imperativa necesidad de explorar exhaustivamente la naturaleza de la anomalía, la enfermedad y la comprensión de lo patológico (Foucault, 1984).

Quizá el punto de partida de esta disputa fue el surgimiento de la apreciación de la anomalía y la enfermedad en términos fenomenológicos, como procesos de construcción de identidad y significado propio, en el marco de relaciones intersubjetivas y modelos de institucionalización. La mayor parte de los estudios que adoptan la perspectiva foucaultiana

en el ámbito de la medicina y la enfermedad se centran en el surgimiento de la clínica y exponen una investigación arqueológica sobre el conocimiento relacionado con lo psíquico y sus bases anatómicas y fisiológicas, pero también un cambio fundamental en la forma en que se concibe el cuerpo en la modernidad. Durante este mismo período, los análisis sobre políticas sanitarias y salud pública se enfocaron en la problemática del "poder sobre la vida" o la "fase genealógica", es decir, en el control ejercido por la sociedad y el Estado sobre los cuerpos individuales.

De tal modo, la salud de la que habla Nietzsche y que Foucault retoma es una salud que no puede ser poseída, alcanzada; se trata de una instancia bélica que debe ser, a título particular, conquistada y reconquistada de forma constante y a título general, defendida. En este sentido, es una instancia diametralmente opuesta a cualquier régimen de protección que pretenda organizar y biopolitizar las formas de vida. Según Foucault, el origen de la medicina social (y del control social del cuerpo) reside en la sucesión y confluencia de tres fenómenos correlativos del origen del capitalismo: el desarrollo del estado, el establecimiento de la urbanización y la necesidad de controlar a las nuevas masas de pobres y obreros urbanos.

De ahí, surgen tres formas de medicina social: la medicina del estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral (Foucault, 1996, p. 65). La incorporación de la categoría «biopolítica» en la segunda de las seis conferencias que Foucault dictó en el Instituto de Medicina Social, titulada «Nacimiento de la medicina social» (Foucault, 2001), sitúa la dimensión social de la medicina en el escenario de un debate estrictamente político. Este debate conecta con la problematización de la medicalización de la vida y la expropiación de la salud (Illich, 1975), en torno a los principios que regulan las formas de gobierno sobre la población.

5. LOS PELIGROS DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

¿Son siempre signos de enfermedad las perturbaciones del estado de ánimo o los momentos de tristeza o de tensión que, por ser como somos, nos afligen? El debate sobre si las perturbaciones del estado de ánimo, así como los momentos de tristeza o tensión inherentes a la experiencia

humana, siempre indican una enfermedad, es relevante y complejo. La psiquiatría europea ha desarrollado un enfoque matizado para evaluar la gravedad de estos estados de ánimo y recomendar tratamientos adecuados, que van desde el uso de medicamentos hasta la terapia psicoanalítica.

Ahora bien, la medicina institucionalizada se ha convertido en una grave amenaza para la "salud" (Illich, 1975, p. 9), tal como conceptualizamos el término siguiendo a Nietzsche. La conocida «paradoja de la salud» pone de manifiesto que, aunque existe una preocupación legítima por la curación de las enfermedades que ponen en riesgo la vida orgánica del ser humano, hay una enfermedad del alma, una dolencia psicológica, un mal íntimo que no puede ser tratado ni asistido desde un paradigma clínico-objetivista de la medicina.

La tendencia interesada de la industria farmacéutica a medicalizar las dificultades filosóficamente saludables, presentándolas como patologías para las cuales ofrecen soluciones en forma de medicamentos, tiene un carácter biopolítico preocupante. Este enfoque, a menudo justificado bajo la bandera de la ciencia, puede tener el efecto de ampliar innecesariamente el espectro de condiciones que requieren tratamiento farmacológico. Esto no solo confunde el origen y el valor de la profesión médica, sino que también expropia el poder del individuo para curarse a sí mismo a través del ejercicio vital que implica el hacerse y comprenderse en el marco de la condición humana.

En respuesta al fenómeno del “padecimiento psíquico”, una de las manifestaciones más significativas en la era moderna, se ha puesto en marcha en décadas recientes una maquinaria diagnóstica sin precedentes. Su objetivo principal es capitalizar este vasto mercado potencial, haciendo uso de un conjunto de regímenes de verdad, característicos de los antiguos procedimientos de confesión y manifestación de la verdad de la Iglesia primitiva (Foucault, 2014, p. 23). Para lograrlo, la psiquiatría europea, que durante los últimos dos siglos ha recopilado observaciones clínicas significativas y coherentes catalogando los síntomas en categorías amplias como neurosis, psicosis y perversiones, ha incorporado en su *modus operandi* las funciones pastorales. Armada de este conocimiento, la clínica se yergue y mimetiza con el poder-verdad, un poder que, mediante la realización de diagnósticos e introducción de

diferencia gradual entre casos, articula tecnologías bio-noo-políticas de gobierno a través de formas de gobierno patológicas de subjetividad (Lazzarato, 2010, p. 100).

Para Foucault, las disciplinas transforman a las multitudes confusas, inútiles o peligrosas en clases ordenadas y productivas. Esta introducción de la diferenciación gradualista permite al poder psiquiátrico determinar, separar y regular perpetuamente los tiempos, las actividades, los gestos; un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios y en las fibras blandas del cerebro (Foucault, 2007b, p. 16). La distinción y regulación perpetua del poder psiquiátrico, tal como lo describe Foucault, proporciona un contexto ideal para la medicalización de la vulnerabilidad del ser humano. En un momento caracterizado por *la crisis de la presencia* (Fernández-Savater, 2011, p. 7), en el que la imagen del mundo reinante caracterizada por la muerte de Dios y la expulsión de lo sagrado está marcada por el desencantamiento del mundo y la fragmentación de la unidad social, el terreno está fértil para la expansión del poder médico-psiquiátrico. La fragmentación de la unidad social y la duda sobre la autonomía del yo crean un humus biopolítico donde las experiencias de vulnerabilidad humana son vistas cada vez más como patologías que requieren intervención médica.

La noción de medicalización se refiere al proceso mediante el cual aspectos de la vida cotidiana y del comportamiento humano son redefinidos y tratados como problemas médicos. Los críticos del ámbito de la psiquiatría fueron los primeros en llamar la atención sobre la medicalización y presentaron los exámenes iniciales de la medicalización y el control social médico (Szasz, 1963; Pitts, 1968; Freidson, 1970 y Zola, 1972). Se inspiraron en diversas fuentes como Parsons y la teoría del etiquetado o *labeling*. Parsons fue probablemente el primero en conceptualizar la medicina como una institución de control social, especialmente la forma en que el "rol de enfermo" podía legitimar condicionalmente esa desviación denominada enfermedad (1951). Freidson y Zola basaron sus concepciones, en parte, en el construccionismo social emergente integrado en la entonces vigente perspectiva de etiquetado o reacción social. En la década de 1970 se publicaron varios "estudios de

caso” sobre la medicalización de la desviación: Conrad trata tanto la hiperactividad en niños (1975) como la medicalización como redefinición de problemas sociales como problemas médicos y la extensión de estos sobre áreas cada vez más amplias de la vida humana (1992, 2007), Scull sobre la enfermedad mental (1975), Pfohl sobre el abuso infantil (1977) y Schneider sobre el alcoholismo como enfermedad (1978). Otros estudios analizaron los cambios de definiciones y tratamientos no médicos a médicos, aunque no necesariamente utilizaron el marco de la medicalización (Foucault, 1972; Gusfield, 1967; Wertz & Wertz, 1989). Illich utilizó la noción de “la medicalización de la vida” en su influyente crítica a la medicina 1976. Así, para cuando Conrad y Schneider (1980) escribieron *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, ya existía una literatura sustancial sobre la que podían basarse. Estudios de las dos últimas décadas confirman y expanden estos conceptos. Horwitz y Wakefield (2007) examinan cómo la medicalización del sufrimiento humano ha llevado a un aumento en el diagnóstico de trastornos mentales, incluso en casos donde el malestar podría ser considerado una respuesta normal a circunstancias social y económicamente difíciles. Healy, asimismo, crítica cómo la industria farmacéutica ha jugado un papel clave en la medicalización, promoviendo medicamentos para condiciones que anteriormente no se consideraban patologías.

La tristeza, por su parte, puede envolver a cualquier individuo en diversos momentos de su existencia. Esta puede ser tanto un síntoma de profunda melancolía, con el consecuente riesgo de suicidio, como una transitoria condición, e incluso, según ciertos contextos, considerarse dentro de la normalidad, como ocurre en el caso del duelo. Si bien en épocas antiguas, como en la sabia recomendación de Confucio, se aconsejaba un prolongado período de duelo, en la contemporaneidad, el mero hecho de experimentar tristeza por más de dos semanas puede interpretarse como signo de enfermedad (Montesinos, 2014), de depresión.

En *The Loss of Sadness*, Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield argumentan que, aunque ciertamente existe el trastorno depresivo y puede ser una condición devastadora que merece atención médica, la aparente epidemia de depresión refleja en realidad la manera en que la profesión psiquiátrica ha entendido y reclasificado la tristeza humana normal

como una experiencia en gran medida anormal. Con la publicación en 1980 de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III), los profesionales de la salud mental comenzaron a diagnosticar la depresión basándose en síntomas, como el estado de ánimo deprimido, la pérdida de apetito y la fatiga, que duraban al menos dos semanas.

La comercialización y aplicación sugeridas por el *Manual* son claras: se trata de crear nuevos trastornos periódicamente, fruto de la conjunción entre lo patológico con lo existencial. Esta tarea resulta relativamente fácil, dado que la existencia humana se halla íntimamente ligada a la percepción de la carencia, a la comprensión de lo humano como algo “enfermo”, como algo malsano y necesitado de una nueva salud (Aurenque, 2022). La consideración de la “carencia” conduce y revela la presencia un movimiento constante; el ser humano se va autotransformando reubicándose, rearticulando, resignificando las experiencias que tiene. Este se halla, metafóricamente, en un terreno volcánico: el intento de sofocar el volcán mediante el uso de medicamentos, algunos de los cuales poseen efectos estupefacientes, equivale a suprimir la vida misma, que constantemente se encuentra en riesgo. En palabras de Zweig, lo patológico solo tiene sentido para lo improductivo (2004).

Este sistema es fundamentalmente defectuoso porque no tiene en cuenta el espacio y circunstancia vital en el que ocurren los síntomas (Horwitz y Wakefield, 2007). En ese sentido, consideran de fundamental importancia distinguir entre las reacciones anormales debidas a disfunciones internas y la tristeza normal provocada por circunstancias externas. No obstante, bajo el sistema de clasificación actual del DSM, esta distinción se vuelve un ejercicio imposible, por lo que el estrés emocional esperado causado por eventos perturbadores o *situaciones límite* (Jaspers, 1973, p. 17) podría llevar a un diagnóstico erróneo y perjudicial para el individuo de trastorno depresivo. De hecho, es este error el que está en la raíz de la presunta epidemia de depresión mayor en nuestro entorno.

En tiempos pretéritos, el propio Foucault examinó el fenómeno de la represión, particularmente ejercida por los Estados y las instituciones religiosas, en relación con el malestar cultural asociado a la sexualidad. En la época contemporánea, a pesar de la cuestionable vigencia del

dominio patriarcal, emerge una nueva forma de represión, encabezada ahora por la industria farmacéutica, bajo la máscara de la objetividad científica. Esta nueva represión sostiene que afecciones como el insomnio, la depresión, la excitación desmedida o incluso los pensamientos suicidas no son problemas atribuibles a la responsabilidad personal, sino que se originan en predisposiciones genéticas, desequilibrios hormonales o alteraciones neurológicas, para las cuales ofrecen soluciones farmacológicas. Esta narrativa es peligrosa porque simplifica las complejidades humanas al reducirlas a meros desajustes mecánicos y neuroquímicos, que pasan por alto las intrincadas dinámicas emocionales y sociales subyacentes. Insta a obviar las tensiones cotidianas en las relaciones interpersonales, las discordias familiares y las malas condiciones sociales, económicas y laborales. En lugar de afrontar estas complejidades inherentes a la condición humana ofrece una solución simplista y mecanicista, que desatiende el tejido de la autenticidad de la experiencia humana.

6. ¿HACIA UNA POLÍTICA DEL AMPARO? RESISTENCIAS FILOSÓFICAS

Aunque las intervenciones médicas suelen evaluarse en función de su eficacia, las consecuencias sociales de la medicalización trascienden esta medida y tienen lugar al margen de la validez de las definiciones y diagnósticos médicos o de la efectividad de los tratamientos. Las repercusiones negativas de la medicalización social implican algunos aspectos que cabría revisar desde el campo de la ética: la presunción de neutralidad moral en la medicina, la dominación por parte de expertos, la individualización de problemas sociales, la despolitización del comportamiento, la dislocación de la responsabilidad, el uso de tecnologías médicas poderosas o la "exclusión del mal". La crítica a la medicalización se fundamenta en la preocupación filosófico-sociológica sobre cómo el modelo médico acaba por descontextualizar y, por ende, distorsionar los problemas sociales, apartándolos de su matriz socioeconómica y cultural. La desmedicalización generalmente requiere movimientos organizados que desafíen las definiciones, los modos de ver y el control médicos, aunque otros factores, como ciertas tecnologías y el

aumento del cuidado generativo, también pueden contribuir (Domingo, 2022).

Podríamos contraponer a este imaginario no tanto la figuración de los límites constitutivos de un sí mismo, sino quizá por la fluidificación de estos mismos límites, por los otros mundos que la “enfermedad” abre en este y la reconstrucción siempre activa de las fronteras de acción ética que exige la sociedad del cuidado. La mirada que caracterizó el proyecto ontológico de pensadores como Foucault fue tanto ética como política, ya que diseñó, de acuerdo con el plegarse y desplegarse del sujeto, un lugar limítrofe para contemplar a la vez más acá y más allá de nosotros mismos, a la vez dentro y fuera, en una indagación paciente impulsada por la impaciencia de la libertad y de la justicia.

El coraje por perfilar una política de amparo, erigida a partir del desfondamiento de los mitos que sostenían la política moderna en el ámbito de la salud, que resuena con la noción expuesta del ser humano como una entidad compleja y vulnerable demanda una incorporación de la práctica de una mirada atenta. ¿Cómo concebimos el mundo hoy? ¿Es el Otro una amenaza, un problema, un enemigo? Vivir en la era de la tecnocracia y la desvinculación (Domingo, 2023) no solo supone disponer de sofisticados artefactos y estar inmerso en complejos sistemas de información, sino que implica también, y cada vez más, estar bajo el influjo de una determinada manera de enfocar y de entender las cosas y el mundo que nos rodea (Esquirol, 2006). Para hacer frente a la orfandad existencial y corporal que, en cualquier momento, el cuerpo y la vida humana sufre cabe pensar otros modelos relacionales de amparo, modulación y resistencia de salud que transforme no solo la experiencia médica, sino más concretamente la ética pública de los pueblos.

Para abordar esta problemática desde la ética y la política del amparo, es necesario implementar medidas que contrarresten el poderío y la influencia desproporcionada de las grandes compañías farmacéuticas, como la denominada "Big Pharma". Se deben establecer regulaciones más estrictas y transparentes para limitar el alcance de la influencia de estas empresas sobre los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias. Esto incluye la prohibición de prácticas como la conducción

del interés y el ofrecimiento de incentivos, como viajes de "formación", que puedan influir en las decisiones médicas.

La experiencia médica en la medida en que es radicalmente una experiencia biohermenéutica (Conill, 2015) requiere de un marco ético centrado en el paciente, que no se limite simplemente a marcar casillas en un manual diagnóstico, sino que tenga en cuenta la complejidad y singularidad de cada caso individual. Esto implica fomentar una atención médica más holística con formación ética, que considere no solo los síntomas observables, sino también las causas subyacentes, que pueden ser de naturaleza psicológica, social o existencial. Asimismo, se debe promover la formación de los profesionales de la salud en ética médica y en el uso responsable de la farmacología, de modo que puedan tomar decisiones informadas y éticas en beneficio de sus pacientes, en lugar de ceder a las presiones comerciales de la industria farmacéutica, el interés o el mercado.

La instrumentalización de una profesión puede ser algo letal para ella, dado que lo que hace a una profesión tener valor es su fin y en ningún caso los medios. La profesión médico-sanitaria desde la perspectiva de la ética reconoce y recuerda la meta moral a la que va dirigida: prevenir la enfermedad, curar lo que puede ser curado, cuidar lo que no se puede curar y ayudar a morir en paz (Hanson & Callahan, 2000). La actividad profesional es una actividad cooperativa que en la medida en que interviene en la vida y condición humana debe procurar una mirada que respete el principio de autonomía y el de beneficencia. Así pues, un gran espacio de resistencia ética en relación con uno mismo y con los demás, que canalice la fuerza de la sociedad civil, puede estar configurado por los colegios profesionales. Estos, situados en la intersección entre lo científico y lo político, constituyen un tejido social con voces enriquecedoras y fecundas para reflexionar y orientar lo social.

7. AGRADECIMIENTOS/APOYOS

Este artículo es resultado del Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo "Ética cordial y democracia inclusiva en una sociedad tecnologizada" (ETICORDIAL), con referencia PID2022-139000OB-

C21, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia Estatal de Innovación.

8. REFERENCIAS

- Aurenque, D. (2022). *Animales enfermos*. Fondo de Cultura Económica
- Beauvoir, S. (2017). *El segundo sexo*. Cátedra
- Blumenberg, H. (2010). *Descripción del ser humano*. Fondo de Cultura Económica
- Borges, J-L. (1960). *El hacedor*. Emecé
- Borges, J-L. (1997). *Textos recobrados 1919-1929*. Comp. Sara Luisa del Carril. Emecé
- Calderón de la Barca, P. (2019). *La vida es sueño*. Alianza
- Cassirer, E. (2016). *Filosofía de las formas simbólicas*. Fondo de Cultura Económica
- Cioran, E. (2019). *Soledad y destino*. Hermida Editores
- Cioran, E. (2021). *El libro de las quimeras*. Tusquets
- Colella, L. (2015). Encuentros y desencuentros filosóficos y políticos entre Badiou y Rancière. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, 20 (2), 217-230. Universidad de Málaga
- Conill, J. (2016). Naturaleza humana en perspectiva Biohermenéutica. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 71 (269), 1249–1260. <https://doi.org/10.14422/pen.v71.i269.y2015.011>
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyper kinesis: notes on the medicalization of de viant behavior. *Soc. Prohl.* (23), 12-21
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, (18), 209-232
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press
- Conrad, P., Schneider, J. (1980). Looking at levels of medicalization: a comment of Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Soc. Sci. Med.* (14A), 75-79
- Domingo, A. (2022). Cuidado integral y cuidado generativo. Pensar la responsabilidad en la era digital. *Diálogo filosófico*, (114), 384-404
- Domingo, A. (2023). *Tecnocracia y desvinculación*. Teell

- Esquirol, J. M. (2006). *El respeto o la mirada atenta*. Gedisa
- Fernández-Savater, A. (2011). *La crisis de la presencia. Una lectura de Tiqqun*. Espai en blanc
- Foucault, M. (1972). *Folie et Dérison : Histoire de la folie à l'âge classique*. Éditions Gallimard
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós
- Foucault, M. (1990). La psicología de 1850 a 1950, *Revue Internationale de Philosophie*, 173, PUF
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Altamira
- Foucault, M. (2001). La naissance de la médecine sociale [1977]. En *Dits et écrits. II. 1976-1988*. Gallimard, 207-228
- Foucault, M. (2007a). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo XXI
- Foucault, M. (2007b). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (2014). *El gobierno de los vivos*. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (2021). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. Mead
- Goethe, J. (2013). *Teoría de la naturaleza*. Tecnos
- Gusfield, J. R. (1967). Moral passage: the symbolic process in the public designations of deviance. *Soc. Probl.* (15), 175-88
- Hanson, M. J., & Callahan, D. (Eds.). (2000). *The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform*. Georgetown University Press
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press
- Husserl, E. (2005). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro segundo: Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución*. Fondo de Cultura Económica
- Illich, I. (1975). *Némesis médica*. Barral Editores
- Jaspers, K. (1973). *La filosofía desde el punto de vista de la existencia*. Fondo de Cultura Económica
- Lazzarato, M. (2010). *Políticas del acontecimiento*. Tinta Limón
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Fenomenología de la percepción*. Península

- Montesinos, T. (2014). *Melancolía y suicidios literarios*. Fórcola Ediciones
- Nietzsche, F. (1996). *Genealogía de la moral*. Alianza
- Nietzsche, F. (2005). *Ecce homo*. Alianza
- Ortega y Gasset, J. (1963). *Obras completas. Tomo V (1933-1941)*. Revista de Occidente
- Ortega y Gasset, J. (1966). *Obras completas. Tomo I (1902-1906)*. Revista de Occidente
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Free Press
- Pfohl, S. J. (1977). The "discovery" of child abuse. *Soc. Probl.* (24), 310-23
- Pitts, J. (1968). *Social control: the concept*. In *International Encyclopedia of Social Sciences* (Vol. 14) ed. D. Sills. Macmillan
- Scull, A. T. (1975). From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs. *Eur. J. Sociol.* 16:218-61
- Schneider, J. W. 1978. Deviant drinking as a disease: deviant drinking as a social accomplishment. *Soc. Probl.* (25), 361-72
- Spinoza, B. (1980). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Editora Nacional
- Szasz, T. (1963). *Law, Liberty and Psychiatry*. Macmillan
- Unamuno, M. (2011). *Del sentimiento trágico de la vida*. Austral
- Wertz, R., Wertz D. (1989). *Lying In: A History of Childbirth in America*. (Expanded edition). Yale University Press
- Zola, I. K. (1972). Medicine as a institution of social control. *Social. Rev.* (20), 487-504
- Zweig, S. (2004). *Le Combat avec le démon: Kleist, Hölderlin, Nietzsche*. République des Lettres