

UCES

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES

METIS.  
REVISTA INTERDISCIPLINARIA  
DE FENOMENOLOGÍA



**METIS.**

REVISTA INTERDISCIPLINARIA

DE FENOMENOLOGÍA

Número 5.

# STAFF

## Autoridades de UCES

### **Rector**

Dr. Gastón A. O'Donnell  
rectorado@uces.edu.ar

### **Vicerrectora General**

Lic. María Laura Pésico  
lpersico@uces.edu.ar

### **Vicerrector de Evaluación Universitaria**

Dr. José L. Fliguer  
jfliguer@uces.edu.ar

### **Vicerrector en Asuntos Institucionales**

Prof. Dr. Luis Nicolás Ferreira  
lferreira@uces.edu.ar

## Autoridades del Departamento de Psicología y Ciencias Sociales

### **Decano**

Lic. Eduardo Said  
esaid@uces.edu.ar

### **Director de la Licenciatura en Filosofía**

Dr. Esteban Bieda  
estebanbieda@gmail.com

### **Coordinador Académico de la Licenciatura en filosofía**

Dr. Luciano Lutereau  
llutereau@googlemail.com

## Autoridades de EditUCES

### **Director**

Dr. José L. Fliguer  
posgrados@uces.edu.ar

### **Equipo Editorial**

#### **Directora**

Dra. Graciela Ralón de Walton  
graciela\_ralon@hotmail.com

### **Comité Editorial**

Dra. Jesica Estefanía Buffone  
jesicabuffone@hotmail.com

Dr. Claudio Javier Cormick  
ccormick@filo.uba.ar

Dr. Martín Miguel Buceta  
tinbuceta@hotmail.com

# índice

## Artículos

### PRESENTACIÓN

PAULA DIAZ ROMERO Y BRYAN ZÚÑIGA ITURRA

5 - 7

La liminalidad, concepto relevante  
en el análisis etnográfico en  
situaciones conflictivas en la  
atención de cuidados paliativos.

NANCY LUCÍA MORENO SERRANO

8 - 28

Cuidado, violencia y vulnerabilidad.  
Fenomenología del cuerpo abusado  
BRYAN ZÚÑIGA

29 - 57

Razones para no ir a consulta:  
masculinidad y vergüenza en el  
encuentro clínico

DANIEL GRECCO

58 - 77

Reducción del cuerpo vivido en el  
trastorno mental

STEPHANIE CORDERO

78 - 99

# PRESENTACIÓN

El presente dossier reúne colaboraciones de integrantes del grupo de lectura *Sujetos pacientes, sujetos vulnerables*, coordinado por la Dra. Agata Bak (Departamento de Filosofía - UNED) desde el año 2021. Este grupo cuenta con la participación de diversos investigadores y doctorandos de distintas universidades iberoamericanas, que sitúan su labor académica dentro del campo interdisciplinar de las Humanidades Médicas. Los perfiles de quienes participan de este espacio de investigación son diversos, no solo en pertenencia institucional y diversidad de intereses, sino además en las profesiones que desempeñan: filósofos y filósofas, médicas, psicólogos, entre otras.

El grupo *Sujetos pacientes, sujetos vulnerables*, cuenta con un primer dossier dedicado a la temática de la *vulnerabilidad*, y en esta oportunidad propone y recopila los trabajos de cuatro investigadores bajo la temática “Clínica y cuidado. Fenomenología en el encuentro médico”, que reúne distintas indagaciones con el objetivo común de reflexionar acerca del cuidado a partir de su relación con fenómenos clínicos tales como la psicopatología y relación médico-paciente.

El motivo del título “Clínica y cuidado” responde a que una de las nociones que se ha posicionado en la discusión política y filosófica actual es, sin lugar a duda, el concepto de “cuidado”. Cientos de noticias e infografías que abundan en el espacio virtual han instalado la idea de que el “cuidado de sí”, aquello que habitualmente se conoce como “autocuidado”, debe ser una de las máximas que orienten nuestras acciones cotidianas. ¿Qué hay de cierto en este principio? ¿En qué medida una consideración filosófica acerca de esta categoría nos invita a repensar críticamente aquellas tramas de sentido que predominan en la cotidianidad? ¿Qué puede aportar la fenomenología, vale decir, aquella filosofía que busca describir desde un punto de vista en “primera persona” las “estructuras universales de sentido” que configuran la experiencia humana, a esta reflexión? A su vez, ello representa una invitación a pensar qué pasa con el cuidado en contextos clínicos, qué lugar se otorga a la experiencia de quien sufre, del paciente, del niño. En este sentido, los trabajos aquí reunidos intentan responder a la pregunta: ¿Cómo puede la fenomenología enriquecer e impactar sobre el ámbito clínico mediante la elaboración de nuevas categorías para pensar el cuidado? Obedeciendo al llamado husserliano de “volver a las cosas mismas”, el siguiente volumen tiene como misión fundamental incentivar la reflexión crítica en torno a este concepto.

En primer lugar, el trabajo de Nancy Lucía Moreno Serrano (Universidad del Rosario – Colombia), titulado “La liminalidad, concepto relevante en el análisis etnográfico en situaciones conflictivas en la atención de cuida-

dos paliativos”, explora cómo el análisis etnográfico en cuidados paliativos puede enriquecerse mediante el concepto de *liminalidad* en clave fenomenológica. La autora sostiene que los pacientes terminales experimentan una fase de liminalidad, marcada por la ambigüedad, la invisibilidad y la pérdida de estatus social, lo que genera conflictos entre ellos, sus familiares y los profesionales de salud. El texto subraya cómo estas tensiones surgen del choque entre los deseos y expectativas de los pacientes, y las expectativas de quienes los rodean. Para superar dichas tensiones, Moreno Serrano propone una perspectiva etnográfica y ética centrada en el reconocimiento de las experiencias del cambio identitario y la crisis existencial de los pacientes que permite la resolución de situaciones conflictivas en la atención de cuidados paliativos.

En segundo lugar, el trabajo “Cuidado, violencia y vulnerabilidad. Fenomenología del cuerpo abusado” de Bryan Zúñiga (Universidad de Chile), aborda la vulnerabilidad del cuerpo en la infancia desde una fenomenología genética de la corporalidad. El autor analiza cómo la vulnerabilidad humana se intensifica en situaciones de crueldad extrema, como el abuso, y cómo esto genera una profunda vulneración en el individuo y su relación con el mundo. Recurriendo a Husserl, Levinas y Richir, así como a abundante literatura contemporánea acerca de sus filosofías, Zúñiga afirma que el cuidado es esencial para la constitución del cuerpo propio y que su ausencia provoca rupturas en este vínculo corporal, lo que puede originar fenómenos psicopatológicos. El texto reflexiona sobre cómo la falta de cuidado altera la relación con el mundo y el esquema corporal, produciendo una crueldad en el cuerpo que invade la intimidad del sujeto, e invita a una reflexión ética sobre los efectos de la violencia del cuerpo abusado.

En tercer lugar, el texto de Daniel Grecco (Universidad Autónoma de México), titulado “Razones para no ir a consulta: masculinidad y vergüenza en el encuentro clínico”, describe un fenómeno clínico que se explica a la luz de la constitución cultural del cuerpo vivido, a saber, el peculiar género de vergüenza que hace que para gran parte de los hombres ir a una cita médica sea una situación angustiante. El autor, luego de desarrollar una descripción acerca de los “roles binarios de género” que subyacen a la constitución simbólica de nuestra corporalidad, centra su consideración en lo que denomina el “imperativo de la masculinidad”. Grecco establece que este imperativo es aquella máxima que dictamina que los cuerpos masculinos tienen como obligación esconder toda muestra de vulnerabilidad. En este marco general, el autor propone la noción de “vergüenza protectora” como aquella que, instando a los hombres a ocultar su vulnerabilidad, los mueve a dar muestras de valor en el marco de situaciones que pueden resultar desafiantes en un comienzo, y evitar aquellas experiencias en las que esconder la propia vulnerabilidad resulta imposible. Por ejemplo, cuando se asiste a una consulta médica y se está sujeto a la autoridad del profesional de la salud.

Finalmente, el texto de Stephanie Cordero (Universidad Nacional Autónoma de México) “Reducción al cuerpo vivido en el trastorno mental”, tiene como objetivo poner de relieve las consecuencias negativas que tiene la reducción del cuerpo vivido en el contexto de los tratamientos contra los trastornos mentales. A tal efecto, la autora presenta su texto a partir de tres momentos. Primero, describe la *depresión mayor*, a partir de una lectura del trabajo del sociólogo Alain Ehrenberg y el psiquiatra Thomas Fuchs. Posteriormente, la autora problematiza la falta de consideración de la experiencia vivida de los pacientes con depresión en el marco de las prácticas terapéuticas. Al respecto, Cordero señala que dos son las razones principales que explican este fenómeno. Por un lado, la “racionalidad tecnológica” que promueve una comprensión de lo terapéutico bajo la lógica de reestablecer cierta funcionalidad en los pacientes. Por otro lado, el desarrollo tecnológico en el contexto médico que ha acentuado aun más la comprensión del cuerpo que padece un trastorno mental como un mero conjunto de órganos cuya funcionalidad hay que rehabilitar. Para finalizar, la autora realiza un balance crítico acerca de los dos primeros momentos de su trabajo incentivando una comprensión renovada de los trastornos mentales mediante la cual el imperativo de la funcionalidad dé paso a la máxima ética de la beneficencia de los pacientes.

La unicidad de la preocupación ética que se desprende de estos trabajos deriva no solo de los fenómenos estudiados, sino de las propias profesiones, de abordar situaciones concretas a partir de la batería conceptual que nos propone la fenomenología. Vemos que la reflexión por el cuidado lleva a los autores a tratar la vulnerabilidad, la autonomía, la agencia y la relación con los otros, de forma ineludible, lo que hace de la filosofía no sólo una “caja de herramientas” conceptuales, sino también una actitud crítica fundamental para restablecer a la experiencia subjetiva su carácter central en la práctica profesional, tanto en el ámbito de la atención de cuidados paliativos como en el ámbito de la psicología y la psicopatología.

Queremos agradecer a los editores de la revista por la posibilidad de publicar este dossier, en especial el acompañamiento del Dr. Martín Buceta, el Dr. Claudio Cormick y la Dra. Jesica Buffone. A los evaluadores, por las observaciones y recomendaciones a cada uno de los autores que han robustecido las tesis y los argumentos esgrimidos en los artículos. A los participantes del grupo *Sujetos pacientes, sujetos vulnerables*, que sostienen este espacio de discusión, y a la Dra. Agata Bak, quien promueve y alienta la permanencia de dicho espacio.

*Paula Díaz Romero y Bryan Zúñiga Iturra*

Coordinadores del Dossier

# La liminalidad, concepto relevante en el análisis etnográfico en situaciones conflictivas en la atención de cuidados paliativos.

*Nancy Lucía Moreno Serrano*  
*Universidad del Rosario*

Recepción: 21/03/2024  
Aceptación: 23/08/2024

## Resumen

El enfoque estructurado de atención en Cuidados Paliativos ha emergido en la segunda mitad del siglo XX, como una corriente de atención que busca integrar y aliviar las múltiples dimensiones del sufrimiento de personas con enfermedades graves e incurables que afectan la calidad de vida. Este enfoque está en transformación e implementación en el mundo, por lo que presenta heterogeneidad en su aplicación clínica, lo cual frecuentemente genera conflictos en la atención paliativa, siendo el escenario final la hospitalización cerca de la muerte. Por tal razón desarrollamos un método etnográfico para tratar de comprender y encontrar soluciones a estos conflictos. El método propuesto gira en torno al concepto de *liminalidad* como organizador del análisis etnográfico de la atención. Esta se refiere a una frontera de cambio perceptivo en la cual se aceleran las dinámicas de transformación identitaria y de crisis existencial que cuestionan la construcción de vida del enfermo terminal. Frente a ello, los allegados, cuidadores, profesionales de la salud y miembros de la sociedad, que no siempre comprenden su proceso, tienden a imponer sus propias perspectivas limitando la capacidad de agencia, la dignidad y autonomía del enfermo. Las circunstancias contextuales, las relaciones con los acompañantes del proceso y el estado físico del enfermo afectan significativamente todos los sucesos de esta etapa, particularmente los procesos de toma de decisiones y la experiencia del fin de vida.

**Palabras clave:** LIMINALIDAD - CUIDADO - PALIATIVO - MIRADA/FUERZA - AUTONOMÍA - DIGNIDAD - AGENCIA

## Abstract

The structured approach to Palliative Care emerged in the second half of the 20th century as a care model aimed at integrating and alleviating the multiple dimensions of suffering in individuals with severe and incurable diseases that affect their quality of life. This approach is undergoing transformation and implementation worldwide, resulting in heterogeneity in its clinical application, which often leads to conflicts in palliative care, particularly during end-of-life hospitalization. For this reason, we developed an ethnographic method to understand and address these conflicts. The proposed method revolves around the concept of *liminality* as the organizing principle of the ethnographic analysis of care. Liminality refers to a perceptual boundary where the dynamics of identity transformation and existential crisis are accelerated, challenging the construction of life for the terminally ill patient. In response, family members, caregivers, healthcare professionals, and society members—who do not always fully grasp the patient's process—tend to impose their own perspectives, thus limiting the patient's agency, dignity, and autonomy. Contextual circumstances, the relationships with those accompanying the process, and the physical condition of the patient significantly affect all events during this stage, particularly decision-making processes and the end-of-life experience.

**Keywords** : LIMINALITY - CARE - PALLIATIVE - PERSPECTIVE/FORCE - AUTONOMY - DIGNITY - AGENCY

## **Introducción**

El cuidado paliativo (CP) como enfoque estructurado de la atención médica ha emergido en la segunda mitad del Siglo XX, basándose en el movimiento “Hospice”, en Reino Unido, encabezado por Cicely Saunders, quien fundó en 1967 el ST Christopher Hospice de Londres, con el objetivo de mejorar las condiciones en que morían las personas. Ella mostró que, con una adecuada comunicación, un buen control de síntomas y un acompañamiento emocional, social y espiritual, es posible mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares (REDPAL, 2020, p. 1).

El concepto de atención paliativa a enfermos terminales ha venido transformándose debido al incremento de enfermedades crónicas severas, en las cuales pacientes y familiares sufren por extensos periodos de tiempo, sin que necesariamente se espere la muerte a los seis meses como plantea la definición de enfermo terminal, por lo cual se promueve que el CP se instaure más tempranamente. Por tal razón, la comisión Lancet de Acceso Global a los Cuidados Paliativos y el Alivio del Dolor propuso realizar un trabajo consensuado para redefinir el CP. Tal iniciativa fue liderada por la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos, quienes realizaron una nueva definición de consenso, la cual fue desarrollada en tres fases. En la primera contó con 38 expertos en CP de la Organización Mundial de la Salud quienes examinaron los componentes de la definición e hicieron propuestas; en la segunda fase, 412 miembros de la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos en 88 países manifestaron su nivel de acuerdo; en la tercera fase, utilizando los resultados de la fase 2, el panel de expertos desarrolló la siguiente definición:

Los cuidados paliativos son la atención holística activa de las personas de todas las edades con graves sufrimientos relacionados con la salud debido a una enfermedad grave y, especialmente, de las que se acercan al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. (Radbruch et al., 2020, p. 3)

Ahora bien, la implementación del cuidado paliativo en los distintos países ha tenido barreras significativas. Según el último Atlas mundial para la atención del Cuidado Paliativo 56,8 millones de personas requieren cuidados paliativos, 7% de éstas son niños, el 76% vive en países de ingresos medios o bajos, y el acceso a este tipo de atención es insuficiente en los países de ingresos medios y ausente en los de ingresos bajos (WHO & WHPCA, 2020, p. 17)

Dentro de las dificultades identificadas y estudiadas están las siguientes: (1) escaso desarrollo de políticas públicas para la atención del cuidado paliativo, pues tan solo 55 países tienen alguna normativa al respecto; (2) muy poca educación de los profesionales de la salud en CP, dado que en su gran mayoría no reciben entrenamiento al respecto, y quienes lo reciben no lo tienen adecuadamente estandarizado; (3) el acceso a medicamentos efectivos para la atención paliativa es limitado, en particular de los opioides, pues el 84% del mundo no tiene acceso a estos, y los que disponen de ellos enfrentan las regulaciones internacionales para el tráfico de estupefacientes; (4) implementación insuficiente de programas de CP en diferentes escenarios: ambulatorio, hospitalario, hospice, cuidado en casa. Aun en países con normativas establecidas y políticas públicas en desarrollo, el alcance del CP es limitado (WHO, 2020, pp. 33-38). La situación latinoamericana puede observarse en el Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos, según el cual hay un incremento de la disponibilidad de servicios de CP, en su mayoría hospitalarios, pero solo 5 países cuentan con ley específica de CP, y solamente en 8 países los CP son reconocidos como especialidad médica. La distribución en cada país es heterogénea (ALCP, 2020, pp. 21-30).

Dentro de este contexto global, los profesionales de salud que ejercemos el CP sabemos que la aplicación fáctica de este concepto aún se encuentra con dificultades operativas, debates e imaginarios contradictorios, que pueden generar conflictos graves en la atención clínica, lo cual implica un mayor sufrimiento para pacientes y familiares, como también conflictos morales serios y desgaste profesional en el personal asistencial, y finalmente conflictos institucionales que acentúan las dificultades mencionadas. Si bien los profesionales entrenados en CP contamos con habilidades básicas para ayudar a resolver algunos de tales conflictos (De Simone & Tripodoro, 2004, pp. 12-14), con frecuencia esto no es posible pues su origen excede el campo clínico directo. El campo hospitalario es el escenario final donde acontecen los conflictos entre las familias que desean salvar la vida de su pariente enfermo a toda costa, y por tanto consultan a los servicios de urgencias cuando observan que se acerca la muerte, encontrando como aliados a los profesionales no enterados de los principios del CP; y entre quienes defendemos los principios del cuidado paliativo apoyando las decisiones del enfermo y su preparación para la muerte. Es entonces cuando suceden las mayores transgresiones a la autonomía de los pacientes, cuando se avalan procedimientos que se podrían considerar encarnizamiento terapéutico.

Conscientes de esta problemática, dentro del grupo de trabajo de investigación en temas de CP de la Universidad del Rosario en Bogotá, hemos desarrollado una vertiente etnográfica con el fin de generar modelos alternativos de comprensión de estas situaciones, pues las interacciones del contexto de la atención afectan la experiencia del enfermo, por lo cual

necesitábamos herramientas de análisis que nos permitieran discernir lo que sucede en el campo de la atención que incluya no sólo lo que comenta el enfermo en su experiencia, sino cómo interfieren las situaciones que suceden a su alrededor, con el fin de proveer orientaciones para entender la experiencia de fin de vida, vislumbrar soluciones para los problemas contingentes en la atención clínica y facilitar la reflexión sobre nuestras prácticas de atención. Uno de los desarrollos más importantes fue la creación de un modelo operativo que nos permitió pensar el problema de la atención como un problema complejo que gira en torno al concepto de *liminalidad*, proveniente de la tradición antropológica y etnográfica.

## Origen del Concepto

La *liminalidad* está enmarcada dentro del planteamiento de los ritos de paso, realizado por el etnógrafo Arnold Van Gennep (1909/1969), quien los describió como formas en que los seres humanos practican el paso o transformación del sujeto de un estatus social al siguiente, o el paso del tiempo en el calendario. Se trata de ceremonias que marcan acontecimientos sociales como el nacimiento, la pubertad, el matrimonio o la muerte. También hay ritos que marcan el paso del tiempo como la celebración del fin de año/nuevo año. Los seres humanos transitamos por cambios, rupturas y transformaciones a lo largo de nuestras vidas, que son incluidas y significadas socialmente. Según Van Gennep, para que los cambios conserven el equilibrio social hay acciones y reacciones reglamentadas que permiten tanto al sujeto como a su entorno social asumir estos cambios. Por ejemplo, no podemos ejercer la profesión sin pasar por la formación universitaria que garantiza la adecuación de su conocimiento y su ejercicio en la sociedad. El ritual comprende toda la carrera y finaliza con la ceremonia de graduación. El sujeto se transforma dentro de este ritual y es tratado de diferente manera antes y después del mismo. Van Gennep describe una secuencia que comienza con la separación, es decir que el sujeto ya no forma parte de su grupo habitual; luego ocurre la transición, que es donde suceden todos los cambios, retos y transformaciones; por último tiene lugar la incorporación social, cuando el cambio ha finalizado y el sujeto puede ser identificado e insertado en el funcionamiento social (Van Gennep (1909/1969, p. vii). El esbozo del concepto de *liminalidad* viene de su extenso trabajo sobre la transición entre la iniciación y la incorporación, pues en ese periodo los cambios identitarios pueden ser heterogéneos, extensos y fluctuantes, así que el entorno social tiene dificultades para reconocerlo y su condición podría ser entendida como antiestructura, o disruptiva

Turner (1980) retoma el concepto y señala tres características principales de la *liminalidad*: la *ambigüedad*, la *invisibilidad* y la *carencia*.

La *ambigüedad* es la ausencia casi total, durante el periodo liminal, de atributos tanto del estado pasado como del venidero. La *invisibilidad* no es física sino estructural, en la medida en que la mayoría de nosotros solo vemos lo que esperamos ver, aquello para lo cual estamos condicionados una vez que hemos aprendido las clasificaciones de nuestra cultura; las definiciones no admiten la existencia de seres que no quepan en esas clasificaciones. Y la tercera es la *carencia*, que refiere al hecho de que las personas en estado liminal no tienen estatus, ni propiedad, ni distintivos externos, como tampoco un rango ni una situación de pertenencia que permitan establecer la diferenciación estructural con el resto de las personas de su grupo social.

Como se puede apreciar, este concepto es contextual y complejo, pues por una parte implica un sujeto en proceso de cambio donde abandona la identidad que hasta ese momento ha tenido, y con esta sus formas de relación, roles desempeñados y estatus en su núcleo social. Por otra parte denota todo su proceso de transformación, los retos, las confusiones y angustias sucedidas, así como las normativas culturales y la interacción con quienes le rodean, con los conflictos y complicidades que pueden generar estos cambios, hasta alcanzar una nueva identidad transformada. En esta interacción, las definiciones, narrativas e imaginarios sociales entran en juego representados por actores del sistema social que están en contacto con la persona que vive el proceso. Tales actores pueden ser personas, organizaciones o instituciones. Estas definiciones, normativas, narrativas e imaginarios, están dentro de la cultura y son cambiantes. De ahí la complejidad del análisis, y la necesidad de situarlo contextualmente para poder comprender cada caso.

## **La Aplicación del Concepto de Liminalidad en el Campo de la Atención Paliativa**

Miles Little *et al* (1998, p. 1486) realizaron un análisis narrativo de la experiencia de tener cáncer con un grupo de pacientes. Identificaron que la experiencia subjetiva comienza con el diagnóstico, pues la identidad de la persona cambia a ser *paciente de*. El enfermo inicia una revisión de toda su vida y de la identidad construida a lo largo de la misma, la cual sufre varios cambios a medida que recibe tratamiento y enfrenta dificultades relacionadas con la situación de enfermedad.

Estableciendo un diálogo entre Little *et al* (1998) y Turner (1980) sobre la *liminalidad*, se podría sostener que los cambios en la identidad ponen al enfermo en una situación de *ambigüedad*, pues por su enfermedad deviene una adición a su identidad: ahora es un *paciente*. Así se formaliza la separación de su entorno social. Además, es un ser subordinado, pues

el conocimiento experto lo tiene otro. Su opinión y decisión están subrogadas a que previamente haya considerado el conocimiento experto. Si éstas por algún motivo no corresponden a las recomendaciones del experto, son catalogadas como inadecuadas. El conocimiento experto viene de todo el bagaje de conocimientos relacionados con la medicina y el cuidado de la salud. El actor que interactúa normalmente es un médico, pero puede ser cualquier profesional de la salud. Para dar un ejemplo simple: si se trata de una persona diagnosticada con diabetes no insulino dependiente, a quien se le recomienda no comer dulces, si elige comerlos, su decisión es catalogada como inadecuada y sobre ella cae el juicio moral de ser un *mal paciente*, porque no hace autocuidado.

En segundo lugar está la *invisibilidad*, dado que los pacientes perciben un estado de enajenación frente a sus familiares, expresada como una incapacidad de comunicar la experiencia de la enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento, lo cual, a su vez, les genera una sensación de aislamiento. Volviendo al ejemplo, *el diabético* no puede comentar que siente ansias imperativas y urgentes de comer dulce —en la literatura médica se emplea el término *craving* para describir el deseo imperativo de azúcar en diabéticos, similar a la ansiedad de consumo en heroínómanos (Yu *et al*, 2013)—, acompañadas por mareo, sudoración, palpitaciones y tristeza, lo cual le impide hacer su vida normal, síntomas que desaparecen cuando come dulces. Sólo mencionar dichas ansias hace que sus familiares lo regañen, pues ellos tienen el conocimiento que ya les dio el experto, además del interés dado por la relación afectiva de proteger a su familiar, así como todas las creencias culturales relacionadas con el cuidado dentro de la familia y lo que significa amar a alguien. Así pues, *el diabético*, al ser silenciado de esta manera, no tiene otra opción que decir mentiras y comer dulces a escondidas. Podría también iniciar un proceso reflexivo y de experimentación que lo lleve a sentir el cambio en su cuerpo con la nueva dieta, pero cuándo y cómo lo haga es incierto, ya que depende de su historia de vida, creencias, y de cómo vive su experiencia de enfermo.

En tercer lugar está la *carencia*: el enfermo —al sentirse aislado— pierde capacidad de comunicación y de agencia, de tal manera que se disipa su estatus previo quedando a la espera de decisiones de los otros, encasillado en su rótulo de *paciente*. Volviendo al ejemplo del *diabético*, la experiencia normada socialmente es todo lo que debe hacer para mantenerse saludable. Sus fracasos son hospitalizaciones y complicaciones, evaluados y certificados por un experto médico, y aunque la recaída no tenga que ver con un autocuidado pobre, quedará rotulado como *mal paciente*.

Dong *et al* (2016, p. 1373), quienes revisaron experiencias y perspectivas de enfermos con cáncer avanzado, confirman lo planteado por Little y Turner, y aportan una cuarta categoría de análisis dentro de la *liminalidad* en la atención de enfermos terminales: la *velocidad del deterioro*

*físico*, pues conforme la enfermedad va avanzando hacia la muerte, la percepción se hace rápidamente cambiante, generando que los temas existenciales, relacionales y contextuales abruman al enfermo, conduciéndolo a vivir en aislamiento la soledad y el sufrimiento existencial de enfrentar la muerte.

Ahora bien, ¿cuál es el final de la transición del estado liminal de un enfermo terminal? ¿Cuál es la nueva identidad? ¡Ser un cadáver!. Un *buen paciente*, cerca de su muerte, es el que acepta que va a morir. Pero su destino final es algo aterrador para nuestra cultura. Así, un enfermo terminal, en su experiencia vivida, no sale del estado *liminal*. Para el fallecimiento hay muchos rituales que acompañan a la red social y familiar ayudando a restaurar el vínculo social frente a la tragedia. Este acompañamiento social experimentado por el paciente se hace antes del fallecimiento, pues el realizado posteriormente ayuda a los familiares, pero no a él. Dado el terror de nuestra cultura a la muerte, este acompañamiento es difuso y contradictorio. La norma social deja de operar en este terreno confuso. (Moreno, 2019, p. 87).

## **Aplicación del Método Contextual Etnográfico alrededor de la *Liminalidad***

El método en su planteamiento tiene tres fases hasta configurar el entramado de la atención. La primera es establecer las creencias culturales que enmarcan el problema y afectan sistemáticamente a todos los actores del campo de atención. La segunda es determinar las líneas discursivas que operan encarnadas por los actores del campo de atención, configurando el entramado. A estas líneas discursivas las llamamos *miradas/fuerzas*. Finalmente, la tercera consiste en afirmar que el centro de la atención es el sujeto enfermo y la manera en que se desarrolla su experiencia. A continuación describiré en detalle el método, con ejemplos de investigaciones ya realizadas.

### **1. Primera Fase: Establecimiento del Marco Cultural**

El establecimiento del marco cultural no debe ser extenso sino conciso, y provenir del campo estudiado. Es decir, no debe ser establecido como especulación, y debe tener diálogos profundos con investigaciones y desarrollos conceptuales previos. El requisito es que sea un factor común que afecta a la totalidad de los actores del entramado a quienes entrevistamos en profundidad. Para la atención paliativa, en nuestras investigaciones

establecimos el *miedo a la muerte*, pues es el factor común encontrado en todas las entrevistas del campo. Las creencias marco pueden ser diferentes según el problema de estudio. Es el investigador quien debe establecerlas, pues la creencia ser cultural operante como marco puede ser diferente. A continuación, se presenta un ejemplo de cómo establecimos el *miedo a la muerte* como creencia marco para nuestras investigaciones en CP. Advertimos que estos son resultados de investigaciones realizadas en contextos específicos del ámbito hospitalario, y por tanto no son de aplicación universal.

En la revisión de literatura médica encontramos que el discurso principal del cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida, reducir los síntomas y ayudar al paciente a tomar decisiones relevantes para sus tratamientos y preferencias de final de vida entre otros, de tal manera que la intervención paliativa debería aliviar la ansiedad frente a la muerte (Bakitas & Dionne-Odom, 2017, p. 391). Las hospitalizaciones cerca del momento de la muerte suceden, pues los familiares o los pacientes pueden experimentar pánico a la muerte, y en los servicios de urgencias, los médicos no siempre conocen la trayectoria de enfermedad del paciente o no han adoptado la perspectiva de cuidados paliativos, autorizando tratamientos que son muy dolorosos e irracionales dado el avance de la enfermedad (Lynn et al., 1997, p. 104). Si bien la intervención temprana en cuidados paliativos reduce las hospitalizaciones en el momento de la muerte, esto no siempre sucede (Reyniers et al., 2017, p. 458) y, para este grupo, las fallas podrían estar en la comunicación y preparación del paciente y de su familia para la muerte de manera temprana, así como la baja preparación de los médicos de urgencias en cuidados paliativos. No obstante, Bakitas & Dionne-Odom (2017, p. 392) refieren que hay otros factores que podrían estar involucrados, como por ejemplo la complejidad del cuidado paliativo en la fase agónica, lo cual puede convertirse en un hecho traumático para la familia, de tal manera que no ayuda en la elaboración del duelo.

En nuestras investigaciones corroboramos que a pesar de contar con voluntades anticipadas del paciente deseando morir en casa con su familia, las familias se asustan en la fase agónica y llevan a su enfermo a urgencias. Efectivamente la mayoría de los médicos de urgencias desconocen los principios del cuidado paliativo, pero adicionalmente encontramos otras situaciones más ocultas; por ejemplo, el cuidado en casa de un enfermo terminal es muy oneroso, cuando el paciente es el proveedor de la mayoría de los ingresos, las familias se quedan sin medios de subsistencia (Moreno, 2019 p. 47). Los servicios de cuidado paliativo domiciliario proveen visitas mensuales, o semanales, así que la decisión de iniciar la sedación paliativa se retrasa mucho, dejando al familiar viendo asfixiarse a su ser querido, o con dolor extremo, o con confusión mental, así que la experiencia de ver morir a su familiar es muy traumática (Bakitas & Dionne-Odom, 2017, p. 393). Por otro lado, los médicos de urgencias, al ver la

ansiedad de la familia, así tengan conocimiento de los principios de cuidado paliativo, autorizan las hospitalizaciones por su propio temor a enfrentar la muerte y por lo tanto hacen todas las medidas para salvarlo, y para evitar ser demandados por negligencia médica (Moreno, 2019, p. 58). Así en las entrevistas encontramos un marco general, donde está el miedo a la muerte, tanto en pacientes, como en familiares, como en profesionales de la salud, como factor común que actúa como marco general. Y encontramos situaciones específicas que atañen a cada *mirada/fuerza* – concepto sobre el cual profundizaré en el siguiente apartado-. Así el temor a las demandas es específico de la *mirada/fuerza* profesional de la salud, y el tema de la carga del cuidado es específica de la *mirada/fuerza* la familia.

## 2. Segunda Fase: Establecer el Entramado Contextual para Realizar el Análisis

Una vez entendidas o establecidas las creencias culturales que enmarcan el problema, para comprender operativamente el concepto de *liminalidad* es necesario establecer el contexto del análisis. A tal efecto identificamos las líneas discursivas mayores en lo que denominamos *miradas/fuerzas* que funcionan como categorías de análisis de una manera particular, pues su estudio no es lineal sino que actúa como un entretejido. Estas agrupaciones son como hilos conductores del mismo, que se tejen alrededor del enfermo afectando su experiencia.

¿Qué son las *miradas/fuerzas*? En el campo de la atención de cuidado paliativo se encuentran diferentes elementos: actores –con sus respectivas manifestaciones como son gestos, posicionamientos, enunciaciones, emociones–; prácticas –algunas documentadas en guías, protocolos, instructivos, formatos, otras simplemente observadas–; y finalmente disposiciones normativas generales e institucionales. Estos elementos no están dispuestos al azar, sino que responden a lógicas específicas, unificados por un discurso que puede variar de acuerdo con las tensiones del campo relacional, pero que mantiene un eje temático. Este discurso la mayoría de las veces se enuncia abiertamente, pero algunas veces deriva en significados ocultos que deben ser develados.

Utilizando una metáfora visual, si el entramado es un tejido de varios hilos, cada uno con un color diferente, cada *mirada/fuerza* representa uno de esos hilos. Cuando llega el enfermo al campo de la atención, cada uno de dichos hilos anuncia su llegada y de manera explícita manifiesta estar para ayudar al enfermo en su experiencia de enfermedad terminal. En la medida que va sucediendo la atención interactúan con las otras *miradas/fuerzas* haciendo un tejido específico, que afecta directamente la experiencia del enfermo. Las tensiones, alianzas o desacuerdos de dicho tejido producen el contexto específico y las situaciones que el enfermo experimenta. Este tejido es indivisible y lo que se estudia es su

interacción: cómo afectan la subjetividad de los participantes del campo y la toma de decisiones.

Para su construcción y conceptualización se tomaron de referencia ideas sobre el contexto de Grossberg (2009), y sobre los dispositivos de Gilles Deleuze (1990), en su lectura e interpretación del concepto de dispositivo de Foucault (1984). Adicionalmente, con la experiencia en el campo de atención se tomaron los ejes temáticos más relevantes, los cuales fueron refinados en las investigaciones subsecuentes. Lo importante aquí es que se logren establecer las líneas discursivas del contexto a estudiar y los actores que los representan frente al enfermo, por lo cual el método permite que el investigador adicione o elimine *miradas/fuerzas* según sus hallazgos.

Cada eje temático que alimenta cada *mirada/fuerza* proviene de una forma específica de comprender y de abordar la situación de enfermedad terminal, y tiene un antecedente histórico de cómo se desarrolló, constituyendo una perspectiva, de ahí la elección del término *mirada*. La palabra *fuerza* pretende dar cuenta de que cada perspectiva está atada al fomento de unas prácticas específicas que se constituyen en imperativos morales. Tales deberes se observan introyectados en los participantes del campo, constituyéndose en fuerzas de acción y toma de decisiones. A veces, la dinámica del campo hace que tales imperativos morales entren en contradicción entre sujetos que participan, e incluso dentro de un mismo sujeto. Dichas contradicciones pueden manifestarse como expresiones emocionales incoherentes y conflictivas dentro de los participantes del campo, o como conductas divergentes con el objetivo principal de quien representa cada *mirada/fuerza*. La dinámica las *miradas/fuerzas* produce el entramado que afecta la experiencia liminal de la enfermedad terminal. A continuación, describiré a manera de ejemplo las *miradas/fuerzas* que identificamos en el contexto específico de Bogotá, hospital de tercer nivel.

Se emplea el diagrama de la Figura 1, para establecer el entramado con sus temáticas mayores.

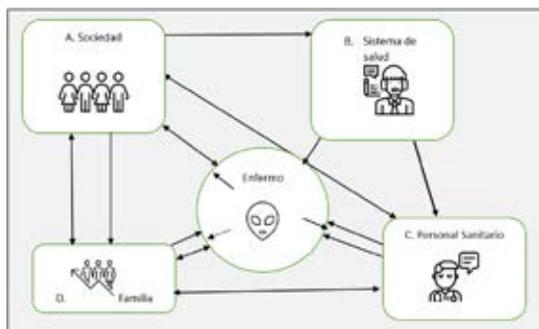


Figura 1. Esquema del entramado de análisis contextual de la atención en cuidado paliativo. Fuente propia.

## A. La Primera *Mirada/Fuerza*: La Sociedad

El marco mayor de análisis es la sociedad. Esto incluye las creencias culturales regionales sobre la enfermedad y la muerte, las definiciones de amor y cuidado, los deberes éticos culturales y religiosos, la legislación del país de origen, y cómo concibe el Estado la vida y el cuidado de la salud. Debe tenerse en cuenta que todos estos discursos afectan directamente la atención al enfermo. La concepción del Estado sobre la vida y la salud se refleja en sus leyes y en la organización de grandes instituciones como el sistema de salud. Este tema suele ser bastante específico por cada país.<sup>1</sup>

Este marco normativo está presente en todas las discusiones sobre la atención en salud cerca de la muerte. Los actores son instituciones o personas de la comunidad con sus opiniones, la familia y el enfermo, pues son parte de la misma sociedad. Estas fuentes de información suelen ser públicas, pueden encontrarse en las leyes nacionales, en medios periódicos, libros de testimonios, fallos de las altas cortes.

## B. La *Mirada/Fuerza* del Sistema de Salud

Esta *mirada/fuerza* es muy específica del país de donde se desarrolla el estudio. Se debe analizar cómo funciona el servicio de salud del país, cómo se regula normativa y operativamente. Algunos sistemas de salud generan exclusiones en la atención, o los problemas de accesibilidad, oportunidad de la atención, crean situaciones reales de vacío o de abandono en la atención. Estas situaciones afectan gravemente la experiencia del enfermo. Estas deben definirse muy contextualmente, pues las situaciones regionales o locales pueden ser muy diferentes, aún en el mismo país.

## C. La *Mirada/Fuerza* del Personal Sanitario

El personal sanitario está influenciado por su formación positivista actualmente consolidada en el movimiento de la medicina basada en la evidencia (Henoa & Jaimes, 2009, p. 34). El método de investigación científica trata de eliminar o controlar la emocionalidad y la subjetividad

<sup>1</sup> Por ejemplo, en Colombia el debate jurídico comenzó a girar sobre la despenalización del homicidio por piedad en 1997, posición presentada por el magistrado Carlos Gaviria, quien en la sentencia de la Corte Constitucional C-239 de 1997 argumentó que el deber del Estado de proteger la vida está aparejado con la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

por considerarlas fuentes de error, de manera que el sufrimiento y el dolor quedan disociados de su contexto, ya que solamente son relevantes los procesos corporales; la subjetividad tiene un campo muy limitado, y la contextualización, más reducido aun (Bueno-Gómez, 2017, p. 9).

El humanismo en medicina surgió en el siglo XX con cuestionamientos de diferentes vertientes y un reclamo en común: la necesidad de humanizar la medicina. En esta corriente se inscriben autores de diversas tendencias que van desde la bioética, que aboga por el respeto a la autonomía de los enfermos; el feminismo, que reclama los derechos de las mujeres en la atención médica; el humanismo cristiano, asumiendo una posición en contra de la medicalización de la vida; los movimientos de medicina alternativa, que enfatizan en los problemas emocionales y el estrés como causa de enfermedad; las ciencias sociales, que han aportado etnografías y fenomenologías como herramientas de investigación y análisis; y finalmente está el desarrollo del CP. Si bien sus prácticas médico-biológicas son adaptaciones de las prácticas de la medicina convencional y, por lo tanto, sigue inscribiéndose dentro de la misma en los centros de formación, su enfoque es multidimensional, por lo que incluye aspectos emocionales, sociales y espirituales, desarrollando otras metodologías que permiten el acercamiento más sensible al enfermo. Sin embargo, el peso dentro de los programas académicos es muy pequeño y la accesibilidad a este tipo de servicio es escasa.

En esta *mirada/fuerza* los actores directos son todo el personal de salud, el cual está en contacto directo con el enfermo y es responsable de su atención. Ahora bien, cada profesional de la salud, aunque está regido por las reglas disciplinares, también está atravesado por sus creencias personales y culturales sobre la muerte. Estas creencias afectan directamente sus gestos, modos y comunicaciones adicionales al conocimiento técnico científico de su profesión, es decir que este trasfondo personal define los modos de la comunicación que en cuidado paliativo tienen un impacto muy fuerte en la experiencia del enfermo. Al existir un gran desconocimiento del enfoque paliativo, en las entrevistas de campo observamos que los profesionales dan opiniones contradictorias, y no es infrecuente que estas generen un conflicto moral en pacientes y familiares. Si bien no son todos los profesionales, la existencia de estas contradicciones desorienta e incrementa la tendencia a la conflictividad de los campos de atención.

#### **D. La *Mirada/Fuerza* de la Familia**

La mayoría de los enfermos terminales desean estar al lado de sus familias, según los diferentes estudios realizados sobre el tema (Laid-saar-Powell *et al*, 2016, p. 1146; De Lugo & Coca, 2008, p. 53), pero tal

acompañamiento no siempre se da en buenos términos, teniendo en cuenta el alto grado de emocionalidad involucrada en la relación. Ellos también están en el proceso de duelo anticipado frente a la muerte esperada (Kübler-Ross, 1969, p. 25).

La relación de la familia con el enfermo está mediada por los antecedentes históricos de ambos, los conflictos previos, las alianzas, las gratitudes, los resentimientos, las dependencias emocionales y económicas. Cada persona asume un rol en el funcionamiento familiar y contribuye a mantenerlo, sea este funcional o disfuncional. El rol cambia cuando la persona enferma, pues ya no puede asumirlo. Eso cuestiona el funcionamiento familiar y lo hace entrar en crisis. Todo lo que no se había resuelto entra en revisión.

También entran en juego todos los sistemas de creencias relacionados con la enfermedad y la muerte, los cuales ante el apremio de la futura muerte se convierten en mandatos. Así es que los desacuerdos familiares en estos temas se vuelven fuentes graves de conflicto.

Las situaciones que se han observado son diversas: van desde la conspiración de silencio, la cual consiste en un acuerdo de los familiares para no contar al enfermo su estado para protegerlo y evitarle el sufrimiento, hasta amenazas de demandas contra la institución de salud o contra los profesionales sanitarios, abandono social, conflictos por herencias, que para su comprensión requieren revisión contextual. Tales situaciones derivan habitualmente en un desmedro de la autonomía del enfermo. El efecto en él es variable, pues depende de las dinámicas previas.

### **3. Tercera Fase: Establecimiento de la Experiencia del Sujeto Enfermo como Centro del campo de Atención**

Todas estas *miradas/fuerzas* interactúan con el enfermo, quien inició un proceso de transformación signado por el ritmo del deterioro de su cuerpo (por Dong *et al.* 2016, p. 1380). La identidad construida a lo largo de su vida es afectada por la irrupción de la enfermedad y por el campo relacional que su atención genera, el cual también trastoca su vida cotidiana, creando un desbarajuste en sus roles, expectativas, proyectos, relaciones, propósitos y sentidos de vida.

Tratando de comprender el proceso de morir por enfermedad terminal, se han realizado etnografías y metaetnografías. Rodríguez-Prat *et al.* (2016), en una metaetnografía que registra las experiencias de 400 participantes, nos muestran las percepciones de dignidad y autonomía de los enfermos, revelando que son conceptos multidimensionales estrechamen-

te relacionados con la identidad, y que deben ser tenidos en cuenta en la planificación de los cuidados de fin de vida.

Una de las grandes pioneras en la investigación de las transformaciones de la persona que experimenta una enfermedad terminal fue Elizabeth Kübler-Ross (1969), quien aborda diferentes aspectos relacionados con el fenómeno de la muerte en el ser humano, por ejemplo, el sufrimiento psicológico, las pérdidas, los cambios en las relaciones significativas, el duelo anticipado como preparación para la muerte, el duelo de los allegados, los aspectos espirituales y los temas legales, pretendiendo aliviar el dolor de la muerte. Su enfoque está en la preparación para la muerte, y las intervenciones están diseñadas para acompañar el proceso del buen morir.

La bioética ha trabajado el tema de la cercanía de la muerte tratando de establecer cuál es la mejor forma de proceder para mantener la dignidad de un enfermo terminal. Dentro de esta perspectiva se promueve la muerte con dignidad: la autonomía del enfermo –entendida como la capacidad de tomar decisiones– forma parte de la dignidad (Kottow, 2016, p. 101).

Dentro de los resultados de investigación hemos encontrado que la capacidad de autonomía del enfermo está determinada por su capacidad física de moverse, pensar y tomar decisiones, las cuales se alteran paulatinamente con la progresión de la enfermedad y por las interacciones de este campo relacional (Dong *et al*, 2016, p. 1373 ; Moreno, 2019, p. 54).

Según Chochinov *et al* (2002, p. 433), la dignidad es un concepto complejo, en el cual hay construcciones que vienen de la historia de vida del paciente, la cual se cuestiona por las alteraciones en la funcionalidad y por las relaciones con otros, así como por la espiritualidad que es fundamental para conservar la dignidad. Rodríguez-Prat *et al* (2016, p. 4) aportan que la autonomía y la capacidad de control de la situación son imprescindibles para mantener la dignidad.

Por último, la categoría espiritual ha emergido de las observaciones de campo y etnografías, como prácticas aisladas que le dan fortaleza al enfermo terminal. Tolentino (2014 p. 20), en su “*espiritualidad de los sentidos*” reivindica la autoobservación y la revisión del sentido de vida antes de morir como una práctica común y de agencia frente a la muerte. Considerando lo desarrollado hasta aquí, estos tres conceptos, autonomía, dignidad y espiritualidad, están entrelazados constituyendo la *capacidad de agenciamiento* del enfermo.

## **Organización de los Resultados de la Etnografía**

Una vez establecido el entramado, dentro de los análisis busamos situaciones problemáticas, como la tendencia a ignorar las decisiones

manifestadas por el paciente, las dificultades tanto en el personal como en la familia para aceptar el proceso de enfermedad y muerte, las situaciones que implican dificultades en el establecimiento de vínculos empáticos como la tendencia a sobreidentificarse, a imponer perspectivas propias al paciente o a la familia, la influencia de factores administrativos y recursos económicos para la atención, las percepciones de injusticia, así como los discursos oficiales que subyacen y alimentan estas dinámicas conflictivas. Con el paciente evaluamos sus conflictos identitarios y existenciales, sus dificultades de comunicación y de hacer valer sus deseos y preferencias, lo cual está relacionado con el deterioro funcional que impone la enfermedad. Esta información se retroalimenta al equipo que lidera la atención directamente o a través de comités institucionales como los de bioética.

El poder identificar lo que subyace a estos conflictos nos permite intervenir en profundidad las problemáticas que estos generan en el campo de la atención médica, relacionados con las dificultades para mantener la *agencia* del paciente, como son el encarnizamiento o el abandono terapéuticos, la tendencia a solicitar sedación paliativa de manera prematura o eutanasia por parte de familiares, cuando estas deberían ser solicitadas por enfermo, o sobredosificación de analgésicos.

Dentro de la relación del enfermo con su familia, las dificultades de *agencia* generan situaciones complicadas dadas por dinámicas familiares desesperadas, o búsqueda de curas milagrosas, o conflictos relacionados con la disposición de bienes económicos, conflictos por herencias, o abandono social.

Con respecto a la relación con las instituciones, no son infrecuentes las demandas realizadas por familiares solicitando tratamientos extremos, las tutelas –(en el sistema legal colombiano, la acción de tutela es la solicitud urgente al Estado de protección de un derecho fundamental amparado por la constitución nacional) cuando hay percepción de negación de derechos, o la amenaza con acudir a medios de comunicación masivos.

En los trabajos de acompañamiento del duelo, dentro de los relatos familiares antes de morir, tales situaciones conflictivas son muy dolorosas, generando duelos traumáticos y creencias negativas extremas frente a los servicios de salud en familiares. Es decir, estas situaciones conflictivas incrementan la percepción de sufrimiento tanto del enfermo como de los familiares. Los conflictos morales en la atención también son factor de riesgo para el síndrome de fatiga profesional – *Burnout*<sup>2</sup>- de los profesionales de la salud que intervienen (Maslach & Leiter, 2017, p. 160)

---

<sup>2</sup> Burnout es un anglicismo de la expresión Burn Out del inglés, la cual significa estar quemado por estrés laboral. Esta palabra ha sido ampliamente aceptada en la literatura médica y psicológica en inglés y español, y actualmente es un término de búsqueda bibliográfica en bases de datos. Describe un síndrome en varias etapas que comienza con fatiga, múltiples síntomas físicos, irritabilidad, ansiedad, depresión, pérdida del sentido profesional y actitud cinica frente a los pacientes y puede complicarse con trastornos por consumo de alcohol o sustancias psicoactivas o con suicidio (Maslach & Leiter, 2017, p. 160).

De ahí que, como intervención terapéutica, apoyar la capacidad de *agencia* del enfermo antes de morir podría prevenir situaciones de mayor sufrimiento, duelos complicados, demandas, o problemas económicos extremos en las familias sobrevivientes. El aplicar la metodología del entramado permite identificar con claridad los puntos de conflicto para proponer soluciones contingentes para el caso específico, preventivas de otros casos y reflexivas del quehacer, proponer cambios en la organización del servicio, o el apoyo de los comités de bioética.

La reflexión nos ha permitido entender mejor problemas como la injusticia epistémica (Fricker, 2017, p. 5), la cual puede darse en sus dos versiones; como injusticia testimonial (Fricker, 2017, p. 13), he encontrado que las dinámicas de poder que se dan en estos entramados de *miradas/fuerza*, tienden a subestimarse las peticiones del paciente dado su deterioro físico y su dificultad para defender sus posiciones por esta causa, bien sea por parte de la *mirada/fuerza* la familia, quienes asumen que por tener una enfermedad grave, el enfermo ya no puede tomar decisiones y por tanto debe ser protegido (Moreno, 2019, p. 50), o por la *mirada/fuerza* personal de salud con conductas que abiertamente transgreden el disentimiento informado (Moreno, 2019, p. 44). Por otro lado la injusticia epistémica en su versión injusticia hermenéutica, cuando el paciente voluntariamente cede su autonomía, para evitar el abandono de sus seres queridos, o para no molestarlos, o para no ser una carga para ellos, pues son conscientes del costo económico, físico y moral del cuidado (Moreno, 2019, p. 54).

Según Arredondo & Siles (2009, p. 1294) para comprender adecuadamente el fenómeno de deshumanización en la atención sanitaria, este se debe entender como un fenómeno complejo, resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden del orden social, de la dinámica de las instituciones sanitarias, de la formación y prácticas profesionales, y de las dinámicas familiares, que con frecuencia hacen sinergismo generando situaciones de maltrato, de encarnizamiento terapéutico o de eliminación de la autonomía del paciente, como son los hallazgos que encontramos aplicando el método etnográfico que se propone en este artículo. Asimismo, nos ha dado una aproximación más sensible a los cambios del enfermo en sus decisiones, en la medida que va avanzando su transformación y tránsito hacia la muerte. Acompañar la capacidad de *agencia* da una perspectiva muy fina de cómo el enfermo es el que transforma sus relaciones hasta llegar a su destino: la muerte. Esta perspectiva aporta una comprensión enriquecedora del relato fenomenológico de la experiencia del paciente.

## Temas para profundizar

Esta es una metodología desarrollada para aplicar en atención hospitalaria, para casos altamente conflictivos, en los cuales el enfoque de cuidado paliativo no ha podido ejercerse desde el momento del diagnóstico de la enfermedad grave e incurable, en un contexto donde los sistemas de salud son complejos con problemas de accesibilidad y oportunidad en la atención, y donde el CP no está estandarizado ni extendido como deber ser de la atención clínica.

Es posible que una metodología tan compleja sea desgastante e innecesaria para aquellos profesionales de la salud que están en la atención primaria. Con las habilidades profesionales desarrolladas quizá sea suficiente para realizar un buen acompañamiento al final de la vida para la mayoría de los casos. Pero esta propuesta podría aplicar muy bien para resolver casos difíciles. Esto tendrían que probarlo otros grupos de trabajo. Desde el punto de vista pedagógico, ha sido una herramienta útil para dar una perspectiva integral y sensible al personal en formación.

La aplicación del concepto de *liminalidad* podría ayudar a poner en contexto las investigaciones de corte fenomenológico. Muchas de las descripciones realizadas en las etnografías sobre las relaciones de dependencia de los enfermos y sus cuidadores o proveedores del servicio de salud, podrían cobrar sentido al entender que forman parte de un contexto que afecta la percepción del sufrimiento. También contribuiría a comprender el sentido de las transformaciones subjetivas, y ofrecería aportes a los estudios sobre el concepto de *persona* realizados en el campo de la bioética. Por otro lado, ayudaría a comprender mejor los significados de dignidad y autonomía, los cuales son dinámicos en el curso de la enfermedad y variables de un paciente a otro.

Para finalizar, desconozco si el concepto de *liminalidad* tiene alguna aplicabilidad en otros campos de atención de salud. Es posible que en enfermedades crónicas efectivamente tenga mucho sentido, como lo propone David Le Bretón (2020, p. 22) en los casos de dolor crónico. Para este tipo de enfermedades, la gran mayoría de estos enfermos no tiene pérdida de *agencia*, pero puede estar por periodos prolongados en estado *liminal*, pues el enfermo no puede desprenderse del motivo de su sufrimiento que es el dolor crónico y debe hacer transformaciones contra cultura para mantener su salud, lo cual le genera la necesidad de estar en una dinámica de contraposición permanente, y produce una línea divisoria en el compartir cotidiano. No todos hacen dinámicas autorreflexivas que promuevan su autocuidado. Esta frontera sería muy interesante para explorar.

El otro grupo de enfermos que puede tener pérdida completa e irreparable de *agencia* por periodos muy prolongados, son aquellos con en-

fermedades neurodegenerativas o alteraciones crónicas de la conciencia. En estos casos no es aplicable el concepto de *liminalidad*, pues el enfermo está en incapacidad de manifestar sus opiniones, preferencias o deseos. La discusión en estos casos se centra en tomar la mejor decisión según las preferencias manifestadas cuando esto era posible, hoy en día llamadas voluntades anticipadas (Casado et al., 2013, p. 26).

Para terminar, esperamos que la presentación del concepto de *liminalidad* aplicado a la investigación etnográfica de cuidado paliativo en casos difíciles dentro del contexto hospitalario, pueda ser contrastado con otras experiencias y ser planteado para otras investigaciones relacionadas con problemas de la atención y la investigación de los sujetos pacientes.

## Referencias

- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). (2020). Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Segunda edición. Recuperado de ,
- Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una Mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de enfermería*, 18(1), pp. 32-36.
- Bakitas, M., & Dionne-Odom, J. N. (2017). When it comes to death, there is no place like home... Or is there? *Palliative Medicine*, 31(5), pp. 391-393. Doi: 10.1177-70269216317703861. URL: When it comes to death, there is no place like home... Or is there? - PubMed (nih.gov)
- Breton, D. L. (2020). Liminalidad y dolor crónico. *Cuicuilco. Revista de ciencias antropológicas*, 27(78), pp. 19-30. Recuperado de 2448-8488-crca-27-78-19.pdf (scielo.org.mx)
- Bueno-Gómez, N. (2017). Conceptualizing suffering and pain. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12(1), pp. 1-11. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958214/> Conceptualizing suffering and pain - PubMed (nih.gov)
- Casado, M., de Lecuona, I., & Royes, A. (2013). Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Revista española de medicina legal*, 39(1), 26-31.
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54(3), pp. 433-443.
- Corte Constitucional Colombia. (1997). *Sentencia Corte Constitucional C239 de 1997*. Magistrado Carlos Gaviria Díaz. Gaceta de la Corte Constitucional. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Editorial Gedisa.

- De Lugo, M. D. L. Á. R. B., & Coca, M. C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1):53. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16351>
- De Simone, G., & Tripodoro, V. (2004). Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. *Buenos Aires. Febrero*.
- Dong, S. T., Butow, P. N., Tong, A., Agar, M., Boyle, F., Forster, B. C., ... & Lovell, M. R. (2016). Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study. *Support Care Cancer* 24, pp. 1373–1386. DOI 10.1007/s00520-015-2913-4. Recuperado de: Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study - PubMed (nih.gov)
- Grossberg, L. (2009). El corazón de los estudios culturales: contextualidad, construccionismo y complejidad. *Tabula Rasa*, (10) 13-48. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia. URL [www.researchgate.net/publication/43070093\\_El\\_corazon\\_de\\_los\\_estudios\\_culturales\\_Contextualidad\\_construccionismo\\_y\\_complejidad](http://www.researchgate.net/publication/43070093_El_corazon_de_los_estudios_culturales_Contextualidad_construccionismo_y_complejidad)
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder Editorial.
- Foucault, M. (1984). "El juego de Michel Foucault", en *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta. Recuperado de: <http://www.conversiones.com.ar/nota0564.htm>
- Henao, D. E., & Jaimes, F. A. (2009). Medicina basada en la evidencia: una aproximación epistemológica. *Biomédica*, 29(1), pp. 33-42. Recuperado de: 8 con resumen 61 08.indd (udea.edu.co)
- Kottow, M. (2016). *Desde la bioética: Comienzo y final del cuerpo humano*. Chile: Editorial Universitaria.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Scribner. Reimpresión 2014.
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Fisher, A., & Juraskova, I. (2016). Family involvement in cancer treatment decision-making: A qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experiences. *Patient Education and Counseling* 99, pp. 1146–1155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.014>
- Little, M., Jordens, C. F., Paul, K., Montgomery, K., & Philipson, B. (1998). Liminality: a major category of the experience of cancer illness. *Social Science & Medicine*. 47(10), pp. 1485-1494. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00248-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00248-2)
- Lynn, J., Teno, J. M., Phillips, R. S., Wu, A. W., Desbiens, N., Harrold, J., ... & Connors Jr, A. F. (1997). Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Annals of internal medicine*, 126(2), pp. 97-106. URL: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments - PubMed (nih.gov)

- Maslach, C., Leiter, M. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving and alleviating burnout. *Medical Teacher*, volume 39, 2017, Issue 2. pp.160-163). URL: Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach*. 2017 Feb;39(2):160-163. doi: 10.1080/0142159X.2016.1248918. Epub 2016 Nov 13. PMID: 27841065.
- Moreno Serrano, N. L. (2019). Etnografía de la enfermedad terminal: experiencias liminales y cuidado paliativo. URL: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/1632>
- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S,... Pastrana T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain Symptom Manage*, 60(4), pp. 754-764. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027. Epub 2020 May 6. PMID: 32387576; PMCID: PMC8096724.
- Radosta, D. I. (2021). El cuidado hospice como un cuidado humanizado en el final de la vida. *Salud colectiva*, 17, e3108.
- Red de Cuidados Paliativos de Andalucía (REDPAL). (2020). Origen y desarrollo de los cuidados paliativos. Recuperado de: [www.redpal.es/origen-y-desarrollo-de-los-cuidados-paliativos](http://www.redpal.es/origen-y-desarrollo-de-los-cuidados-paliativos)
- Reyniers, T., Deliens, L., Pasman, H. R. W., Vander Stichele, R., Sijnave, B., Houttekier, D., & Cohen, J. (2017). Appropriateness and avoidability of terminal hospital admissions: results of a survey among family physicians. *Palliative medicine*, 31(5), pp. 456-464. URL: Appropriateness and avoidability of terminal hospital admissions: Results of a survey among family physicians - PubMed (nih.gov)
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic. *Review and Meta-Ethnography*. DOI: 10.1371/journal.pone.0151435 March 24, 2016.
- Tolentino, J. (2014). *Hacia una espiritualidad de los sentidos*. Fragmenta Editorial.
- Turner, V. (1980). *La Selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.
- Van Gennep, A. (1909/1969). *The rites of passage*. The University of Chicago Press.
- World Health Organization, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). (2020). Global Atlas of Palliative Care. Second Edition. World Health Organization. Recuperado de: [whpca\\_global\\_atlas\\_p5\\_digital\\_final.pdf](http://whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf) (who.int)
- World Health Organization. (2020). Cuidado Paliativo Datos y cifras. Recuperado de: [Cuidados paliativos](http://Cuidados_paliativos) (who.int)
- Yu, J.H.; Shin, M.S.; Kim, D.J.; Lee, J.R.; Yoon, S.Y.; Kim, S.G.; Koh, E.H.; Lee, W.J.; Park, J.Y.; Kim, M.S. (2013). Enhanced carbohydrate craving in patients with poorly controlled Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic medicine*, 30(9), pp. 1080-1086. DOI: 10.1111/dme.12209. Epub 2013 May 14. URL: Enhanced carbohydrate craving in patients with poorly controlled Type 2 diabetes mellitus - PubMed (nih.gov)

# Cuidado, violencia y vulnerabilidad. Fenomenología del cuerpo abusado<sup>1</sup>

*Bryan Zúñiga*  
*Universidad de Chile*

Recepción: 20/02/2024  
Aceptación: 19/06/2024

## Resumen

En el contexto de los recientes estudios fenomenológicos, uno de los asuntos de creciente importancia en la discusión es la categoría filosófica de *vulnerabilidad*. ¿A qué hacemos referencia mediante esta noción? ¿En qué medida este concepto nos permite comprender asuntos tales como el abuso? Buscando resolver estos interrogantes, el siguiente artículo tiene como objetivo principal describir el tipo de vulnerabilidad del que son víctimas las personas que padecen abuso. Para lograr este cometido, nuestra propuesta dispondrá de tres grandes momentos. Primero, pondremos en evidencia la relación existente entre corporalidad, vulnerabilidad y violencia. Segundo, describiremos la temprana constitución del cuerpo durante la infancia mediante la dinámica del cuidado, así como su relación inexorable con la violencia. Para finalizar, realizaremos una exégesis acerca de la experiencia del abuso poniendo en relieve cómo esta vivencia supone una hiperbolización de aquella vulneración característica que está a la base de la constitución del esquema corporal.

**Palabras clave:** FENOMENOLOGÍA - CUIDADO - CORPORALIDAD - VIOLENCIA - VULNERABILIDAD

## Abstract

In the context of current phenomenological research, one of the increasingly important topics is the philosophical category of vulnerability. What is the

---

<sup>1</sup> Este texto ha sido elaborado bajo el financiamiento del Proyecto Fondecyt Regular n°1220218 “Elementary Apperceptions: The Genesis of Consciousness in Marc Richir”, a cargo del Profesor Mauro Senatore (Universidad Adolfo Ibáñez).

meaning of this notion? Is it possible to use this concept to understand issues such as abuse? In this discussion context, the main objective of this article is to describe the type of vulnerability experienced by people who suffer from abuse. To achieve this goal, our proposal will be divided into three main sections. First, we will highlight the existing relationship between corporeality, vulnerability, and violence. Second, we will describe the early constitution of the body during childhood through the dynamics of care, as well as its inexorable relationship with violence. Finally, we will conduct an exegesis on the experience of abuse, emphasizing how this experience represents a hyperbolization of the characteristic vulnerability that underlies the constitution of the body schema.

**Keywords:** PHENOMENOLOGY - CARE - EMBODIMENT - VIOLENCE - VULNERABILITY

## **Resumo**

No contexto dos estudos fenomenológicos recentes, uma das questões de crescente importância na discussão é a categoria filosófica de vulnerabilidade. A que nos referimos com essa noção? Em que medida esse conceito nos permite compreender questões como o abuso? Buscando resolver essas questões, o principal objetivo deste artigo é descrever o tipo de vulnerabilidade das quais são vítimas as pessoas que sofrem abuso. Para atingir esse objetivo, nossa proposta será dividida em três grandes momentos. Primeiro, evidenciar a relação existente entre corporalidade, vulnerabilidade e violência. Segundo, descrever a constituição precoce do corpo durante a infância através da dinâmica do cuidado, bem como sua relação inexorável com a violência. Por fim, realizaremos uma exegese sobre a experiência do abuso, destacando como essa vivência representa uma hiperbolização daquela vulnerabilidade característica que está na base da constituição do esquema corporal.

**Palavras-chave:** FENOMENOLOGÍA - CUIDADO - CORPORALIDADE - VIOLÊNCIA - VULNERABILIDADE

*La crueldad es una forma explícita y excesiva de violencia que, por paradójico que resulte a primera vista, no es la consecuencia de una falta de sensibilidad o consideración; por el contrario, el comportamiento auténticamente cruel requiere de la misma sensibilidad presente en emociones morales como la caridad y el amor (...) El cruel descubre en su malignidad el rebasamiento del dolor más allá de los límites de cualquier expectativa y se regodea en ese rebasamiento*

(Ignacio Quepons, 2021, p. 64)

## Introducción<sup>2</sup>

En el contexto de los recientes estudios fenomenológicos, uno de los asuntos de creciente importancia en la discusión es la categoría filosófica de *vulnerabilidad*. Vivencias tales como las psicopatologías y las enfermedades son prueba de este carácter fundamental que nos define como seres humanos. Si la fenomenología es un saber filosófico que pone en evidencia aquella serie de estructuras que están a la base de nuestra experiencia del mundo, dicho proyecto intelectual nos invita a una consideración de la vulnerabilidad como uno de los aspectos centrales que define la arquitectura de nuestras vivencias (Husserl 2014b). Pero entonces ¿qué significa ser vulnerable?

En su artículo *A ras de la carne: en el límite de la violencia y el sentido*, Marcela Venebra afirma que la vulnerabilidad es un “estar, ser en el mundo a merced del otro (...) la cancelación de la apertura proyectiva de la propia vida, el saber-se manipulado (2021, p. 123). La autora agrega posteriormente que el sujeto que se descubre vulnerable padece cierta violencia a nivel corporal que le impide afirmarse como “un yo puedo y se convierte en un yo vulnerado” (2021, p. 136). De acuerdo con esta aproximación, la vulnerabilidad es una condición corporal que posee, al menos, dos características. Por un lado, es una situación vital en la que un sujeto ve disminuida su capacidad de acción. Por otro lado, dicha disminución

---

<sup>2</sup> La traducción de todos aquellos textos que se encuentren citados en francés es de nuestra autoría.

se explica, según la filósofa, por cierta violencia de la que es víctima la persona vulnerable. Por lo tanto, pareciera ser que la definición fenomenológica de vulnerabilidad esbozada por Venebra conduce a considerar esta condición como un asunto estrechamente imbricado con la violencia y la corporalidad. Ahora bien, ¿toda forma de vulnerabilidad es el resultado de un acto de violencia corporal?

Si complementamos esta reflexión introductoria con el origen etimológico del concepto de vulnerabilidad, descubrimos que ésta es una condición corporal en virtud de la cual un sujeto es susceptible de ser *herido (vulnus)*, es decir dañado, y por ello, afectado en su capacidad de agencia (Corominas, 1987, p. 612). Esta definición, sin embargo, motiva nuevamente la pregunta esbozada con anterioridad: ¿acaso toda vulnerabilidad es la consecuencia de un acto de violencia corporal? Si bien parece que la vulnerabilidad es indiscutiblemente una experiencia de carácter corporal -y sobre esto nos detendremos posteriormente-, resulta problemático sostener que todo género de vulnerabilidad tiene una correlación directa con la violencia. Al revisar la literatura fenomenológica acerca de este tópico, encontramos descripciones acerca de vivencias tales como la enfermedad y la psicopatología en las que, si bien hay un claro componente corporal, resulta muy complejo advertir la presencia de alguna forma de violencia (Carel, 2016, Ratcliffe, 2014). En otras palabras, en el marco de experiencias como las anteriormente mencionadas, es posible advertir una clara alteración de la capacidad corporal con la que cuenta cotidianamente un individuo; sin embargo, no hay motivos suficientes para afirmar que el origen de dicha disrupción se encuentra en un acto violento. Así, por ejemplo, en *Fenomenología de la Percepción*, Maurice Merleau-Ponty describe la experiencia corporal y afectiva del dolor en los siguientes términos

Si digo que mi pie me duele, no quiero simplemente decir que es una causa de dolor, igual que el clavo que lo desgarró, pero más próxima; no quiero decir que sea el último objeto del mundo exterior, después de lo cual empezaría un dolor del sentido íntimo, una consciencia de dolor por sí misma sin ubicación que solamente se vincularía al pie por una determinación causal y en el sistema de la experiencia. Quiero decir que el dolor indica su ubicación, que es constitutivo de un “espacio doloroso”. “Mi pie duele”, significa no: “Pienso que mi pie es causa de este dolor”, sino “el dolor viene de mi pie” o incluso “mi pie está dolorido.” (1996, p. 111)

Aunque la tematización acerca de la relación entre vulnerabilidad y violencia tiene múltiples rendimientos filosóficos -algunos de los cuales intentaremos poner de manifiesto a través de este artículo-, consideramos

que la vulnerabilidad que está en juego en fenómenos tales como el dolor, la enfermedad y el envejecimiento no posee una relación directa con la violencia. Por este motivo, antes de precisar con mayor claridad el vínculo existente entre las categorías fenomenológicas de vulnerabilidad y corporalidad, nos parece importante distinguir entre dos conceptos, a saber, la “vulnerabilidad” y la “vulneración”. Mientras la primera da cuenta de una condición que caracteriza a los seres humanos, la segunda da cuenta de un tipo específico de vulnerabilidad que es la consecuencia de un acto de violencia corporal. Si vivencias como la fatiga y el cansancio son expresiones del primer concepto, fenómenos tales como el abuso o la violación son ejemplos del tipo específico de vulnerabilidad que proponemos denominar vulneración (Venebra, 2019, 2021b).

En este contexto, y teniendo en cuenta la distinción recientemente expuesta entre vulnerabilidad y vulneración, el presente artículo tiene como objetivo principal describir el tipo de vulnerabilidad de la que son víctimas las personas que padecen abuso. Para lograr este cometido nuestra propuesta dispondrá de tres grandes momentos. En primer lugar, pondremos en evidencia la relación existente entre las nociones fenomenológicas de corporalidad, vulnerabilidad y violencia. En segundo lugar, y prestando atención al primero de estos conceptos, describiremos la temprana constitución del cuerpo durante la infancia mediante la dinámica del cuidado, así como su relación inexorable con el fenómeno de la violencia. Para finalizar, realizaremos una exégesis acerca de la experiencia del abuso poniendo de relieve cómo esta vivencia supone una hiperbolización de aquella vulneración característica que está a la base de la constitución del esquema corporal.

## **Cuerpo, Vulnerabilidad y Violencia**

Antes de describir fenomenológicamente la relación existente entre las nociones de *corporalidad*, *violencia* y *vulnerabilidad*, es necesario delimitar aquello a lo que hacemos referencia al hablar de cuerpo en un sentido fenomenológico.

### ***El Cuerpo en Sentido Fenomenológico***

Uno de los tópicos centrales de los análisis fenomenológicos es la corporalidad. Como enseña el célebre prólogo de *Fenomenología de la Percepción* (1996) de Merleau-Ponty, describir el cuerpo desde un punto de vista fenomenológico supone hacer referencia a aquel órgano

de la experiencia que nos permite entrar en relación con el mundo. El cuerpo, en su acepción fenomenológica, es decir, en su calidad de *cuero propio* (*corps propre*) no hace referencia a una estructura anatómica que puede ser comprendida mediante el vocabulario de saberes tales como la neurología, ni tampoco a un *cuero objeto* (*Körper*) que ocupa un lugar en el espacio físico. Cuando hablamos de cuerpo, desde un punto de vista fenomenológico, hacemos mención al fundamento de aquella *capacidad práctica* que nos permite realizar actividades tan cotidianas como levantarnos todos los días (Husserl 1993; Husserl 2014a; Merleau-Ponty, 1996). ¿Cómo resumir de un modo sistemático esta descripción preliminar acerca del *cuero fenomenológico*? Tomando en consideración la descripción husserliana del cuerpo esbozada en el segundo volumen de *Ideas* (2014a), podemos establecer, a modo de síntesis, que el cuerpo fenomenológico posee las siguientes características.

En primer lugar, él es centro de orientación, es decir, el *punto cero*, a través del que nos situamos en el mundo. De esta manera, solo gracias a nuestro cuerpo podemos percibir el mundo bajo la dinámica de la distancia y la cercanía. En segundo lugar, el cuerpo es un órgano de voluntad por medio del cual podemos realizar *espontáneamente* distintas acciones en el mundo. Por ejemplo, caminar, correr, danzar o permanecer en una misma posición. Por último, el cuerpo es el soporte fenomenológico de nuestra vida afectiva, vale decir, de aquella capacidad de *afectación* en función de la que nos vinculamos con las cosas en la medida que ellas nos interpelan de una determinada manera. Al mismo tiempo, es esta capacidad de afectación característica de nuestra vida corporal aquella que nos permite comprender que, así como hay experiencias que nos invitan a relacionarnos con el mundo, por ejemplo, cuando escuchamos una melodía que nos mueve a danzar, hay vivencias que interrumpen dicho vínculo, por ejemplo, los eventos traumáticos. De esta manera, ya es posible vislumbrar en qué medida el cuerpo es el soporte fenomenológico de la vulnerabilidad, es decir de aquella serie de experiencias en las que sufrimos una disminución en nuestra capacidad de acción en el mundo. En el texto antes referido Husserl afirma que

El cuerpo es órgano de voluntad, el único objeto que para la voluntad de mi yo puro es movable de manera inmediatamente espontánea y medio para producir un movimiento espontáneo mediato de otras cosas, las que, por ejemplo, mi mano movida de modo inmediatamente espontáneo empuja, agarra, levanta y similares. (2014a, p. 191)

Resumiendo lo expuesto hasta aquí afirmamos que el cuerpo es, en suma, *potencia de mundo*, esto es, aquella estructura fenomenológica de nuestra experiencia que nos permite actuar en el mundo y relacionarnos con otros seres humanos. ¿Cómo se relacionan las nociones de *violencia* y *vulnerabilidad* con esta descripción fenomenológica de la *corporalidad*?

### ***Violencia y Vulnerabilidad Corporal***

En su reciente artículo *Violencia, vulnerabilidad y mundo de la vida* (2021), Ignacio Quepons señala que

La violencia es una forma de comportamiento de quien no solo busca infundir miedo o alguna forma de reconocimiento basado en el miedo, sino hacer daño: el sentido de la conducta intencional violenta supone una dimensión elemental donde una voluntad se afirma sobre otra voluntad a través de un comportamiento que, en un contexto práctico determinado, busca, por las razones que sean, someter infligiendo daño (...) El daño es una aflicción que limita o anula la capacidad o potencia más elemental: la [capacidad corporal] de libre movimiento [en el mundo]. (2021, pp. 48-49)

Teniendo en cuenta nuestra descripción introductoria acerca de la vulnerabilidad en cuanto *disrupción de nuestra relación corporal con el mundo*, reafirmamos que, si bien no toda forma de vulnerabilidad es el resultado de una acción violenta, todo género de violencia tiene como correlato inevitable un cuerpo vulnerado, es decir un cuerpo herido producto de una acción que lo priva de su poder más básico, a saber, vincularse sensiblemente con el mundo. Si la vulnerabilidad es la susceptibilidad de ser heridos en el contexto de nuestro contacto corporal con las cosas, la violencia que se ejerce, por ejemplo, en el marco de una relación filial, sea a través del maltrato físico o las palabras, tiene como corolario inexorable una vulneración de aquel *vínculo* con el mundo. Así, la alevosía que caracteriza a esta primera definición de la violencia en tanto intención explícita de *dañar* a un tercero tiene como consecuencia inevitable *herir*, o sea, vulnerar el cuerpo y, en consecuencia, la posibilidad de mundo de la persona en cuestión. ¿Qué géneros de violencia se revelan en una descripción más atenta de su estrecha relación con la vulnerabilidad corporal?

## ***Vulnerabilidad a la Violencia y Vulnerabilidad ante la Violencia***

Retomando el análisis fenomenológico acerca de la violencia propuesto por Ignacio Quepons (2021), sostenemos con el autor que es importante especificar aún más nuestra descripción acerca del vínculo entre *violencia* y *vulnerabilidad* en su sentido fenomenológico, es decir, desde el punto de vista de la experiencia vivida en primera persona. Al respecto, es importante enfatizar nuevamente que cuando hablamos de la vulnerabilidad que es el resultado de una acción violenta, aquello a lo que estamos haciendo referencia es lo que en nuestra introducción sugerimos denominar vulneración. De este modo, cada vez que utilicemos los conceptos de *vulnerabilidad a la violencia* y *vulnerabilidad ante la violencia* propuestos por el filósofo, aquello que estamos describiendo es el tipo específico de vulnerabilidad en la que consiste la vulneración.

Tal como nos enseña el artículo antes citado, la relación entre violencia y vulnerabilidad, lejos de ser un asunto fácil que se deja descubrir a simple vista, mienta un desafío intelectual que nos exige prestar atención a la distinción fenomenológica entre dos modos de violencia que tienen como correlato actual o inminente la vulneración de un *cuerpo propio*. Por un lado, hay situaciones en las que está en juego la *vulnerabilidad a la violencia*. Por otro, hay fenómenos que ponen de manifiesto la *vulnerabilidad ante la violencia*. ¿En qué consiste la diferencia entre ambas formas de pensar el vínculo entre estas nociones filosóficas?

Por un lado, la vulnerabilidad *ante* la violencia hace referencia a aquellas situaciones interpersonales o grupales en las que un individuo busca dañar intencionalmente a otro, o sea, a un conjunto de actos cuya meta consiste en efectuar ese daño. Como establece Marcela Venebra, en este tipo de vulneración “la violencia se siente, se vive en carne propia, es un estado del cuerpo y de la voluntad del yo, describable en primera persona como cualquier estado afectivo, con todo su campo emocional y sus sesgos perceptivos” (2021a, p. 123). Por otro lado, la vulnerabilidad *a* la violencia da cuenta de una situación intersubjetiva o social en la que la herida padecida en *cuerpo propio* por un sujeto es el *daño colateral* de un contexto vital en el que la violencia se posiciona como cierta *normalidad*, es decir, en el que ella constituye la cotidianidad (Quepons, 2021, p. 49). Mientras situaciones tales como el abuso son testimonio del primer género de vulnerabilidad, eventos tales como la muerte de niños producto del ambiente hostil en el que desarrolla su vida -por ejemplo, en el contexto de comunas invadidas por el narcotráfico y el crimen organizado-, son prueba del segundo tipo de vulnerabilidad. De esta manera, aunque toda violencia tiene como consecuencia vulnerar el derecho de otra persona a tener un mundo, la lógica que está a la base de cada fenómeno varía mucho de un caso a otro.

Ahora bien, a pesar de las diferencias existentes entre ambas expresiones de la vulnerabilidad corporal, es posible sostener que ambos fenómenos se inscriben al interior de aquel tipo de vulnerabilidad que, en cuanto resultado de la violencia, sugerimos llamar vulneración. A continuación, buscaremos profundizar aun más nuestra comprensión de la relación entre cuerpo, violencia y vulnerabilidad a la luz de una descripción fenomenológica del proceso a través del cual se constituye aquella relación corporal con el mundo que resulta alterada en situaciones de vulnerabilidad.

## La Constitución Genética del Cuerpo Propio: Fenomenología de la Primera Infancia

Si la fenomenología nace con el objetivo de describir las estructuras de la experiencia humana, a lo largo su desarrollo esta filosofía ha dado lugar a diversas propuestas metodológicas que buscan describir, desde distintos puntos de vista, la arquitectura de la experiencia<sup>3</sup>. A efectos de nuestra consideración es importante distinguir entre dos metodologías características de este saber filosófico, a saber: la fenomenología estática y la fenomenología genética. Mientras la primera describe los momentos estructurantes de la experiencia a través de aquello que se puede intuir en el presente, la segunda desarrolla una descripción acerca de la génesis temporal de dichos momentos (Husserl, 1998; Osswald, 2016, p. 24).

Así, por ejemplo, si el cuerpo propio es una de las estructuras que está a la base de nuestra relación con el mundo, este elemento transversal a todas nuestras experiencias puede ser descrito fenomenológicamente, al menos, desde dos perspectivas. Por una parte, desde un punto de vista *estático*, mediante una consideración que pone en evidencia los distintos caracteres a través de los cuales nos aparece *en el presente* nuestra propia corporalidad, es decir, ser el centro de orientación, órgano de voluntad y objeto afectivo que nos permite -como vimos previamente- relacionarnos

---

<sup>3</sup> En relación con este punto es importante enfatizar que la distinción fenomenología *estática* y *genética* no debe ser entendida como una distinción entre dos doctrinas filosóficas sin relación de continuidad entre sí. Si la primera centra su consideración en la descripción de aquellos momentos estructurantes de la experiencia que podemos intuir en el presente, por ejemplo, la serie de sensaciones a través de las que nos aparece un objeto, la segunda nace con la intención de poner en evidencia los procesos pasivos que están a la base de aquello que podemos captar en el presente (las sensaciones a través de las que aparece aquel objeto). Mientras la primera se centra en el resultado presente (estático) de dichos procesos, la segunda busca dejar de manifiesto la *génesis temporal* de su resultado. Por esta razón, ambas perspectivas metodológicas deben ser entendidas como asuntos complementarios. Para profundizar en la discusión acerca de la diversidad metodológica de la filosofía fenomenológica se recomienda revisar *Husserl et les fondements de la phénoménologie constructive* de Alexander Schnell (2007).

con el mundo (Husserl, 2014a). Por otra parte, desde un punto de vista *genético*, el cuerpo se presenta como un elemento de nuestra experiencia que puede ser descrito a la luz de su dinámica temporal, es decir, a partir de aquel proceso en virtud del cual podemos afirmar con propiedad que se *constituye la corporalidad* como un momento estructurante de todas nuestras vivencias. Si análisis acerca de los caracteres fenomenológicos fundamentales de la corporalidad, tales como aquellos desarrollados por Merleau-Ponty en *Fenomenología de la percepción*, se enmarcan en la primera perspectiva metodológica, en cambio, todas aquellas descripciones que tematizan aquel momento de la vida en que se constituye el *cuerpo propio*, a saber, nuestra primera infancia, son expresiones del segundo enfoque teórico (Alves, 2020, Husserl, 1998).

En este contexto, consideramos que una de las mejores descripciones *genéticas* acerca de este asunto relevante para nuestra contribución, la hallamos en la obra *Phantasia, imagination, affectivité* de Marc Richir (2004). En este texto el autor desarrolla una descripción genética de la corporalidad estableciendo que la constitución de esta estructura de nuestra experiencia se produce mediante el encuentro temprano con nuestros cuidadores al interior del registro de la *Phantasia* (Posada-Varela, 2016). Nos parece que la propuesta genética de Richir, sin invitarnos a dejar de lado aquella esbozada previamente por Husserl, posee múltiples virtudes a la hora de describir el tipo de vulneración que está en juego en la experiencia del abuso. El énfasis dado por el autor al rol que desempeña la *Phantasia* en la constitución del cuerpo propio nos permite advertir con mayor claridad aquello que acontece en situaciones de vulneración. Por un lado, una disrupción en nuestra capacidad corporal para relacionarnos con el mundo. Por otro lado, una desarticulación de aquella distancia originaria a través de la cual nos aparecen los otros sujetos.

### ***Delimitación del Concepto Husserliano de Phantasia***

Antes de precisar el rol que desempeña la *phantasia* en el proceso a través del cual se constituye el esquema corporal, es menester realizar dos distinciones. Por una parte, una que responde a la pregunta: ¿qué tipo de acto es la *phantasia*? Por otra parte, una que busca describir la relación existente entre la *phantasia* y otros actos de nuestra experiencia, tales como la percepción o la conciencia de imagen. Para realizar ambas distinciones tomaremos como referencia principal la serie de textos de Edmund Husserl compilados en el volumen XXIII de sus obras completas bajo el título de *Phantasia, conscience d'image, souvenir* (2002).

## ***La Phantasia como Experiencia Presentificadora y Experiencia Presente***

Lo primero que debemos saber a la hora de responder a la pregunta filosófica relativa al estatuto fenomenológico de la *phantasia* es que esta experiencia puede ser descrita desde dos perspectivas. Por un lado, como un acto *presentificador*, es decir, que trae a presente vivencias pasadas, como por ejemplo los recuerdos de nuestra infancia. Por otro lado, como un acto *presente* que posee un valor a partir de lo que experimentamos *aquí y ahora*, y no en virtud de su función reproductiva o presentificadora (Husserl, 2002, pp. 49 y ss.; Richir, 2004, pp. 335-336). Si los análisis esbozados por Husserl en sus *Lecciones para una fenomenología de la conciencia interna del tiempo* (2002) se inscriben al interior de la primera aproximación a la *phantasia*, las descripciones desarrolladas en gran parte de Husserliana XXIII, a propósito de experiencias como el teatro, dan cuenta de una comprensión de la *phantasia* como un acto en el que está en juego un tipo particular de *presencia*, a saber, una en la que lo *fantaseado* no se intuye directamente. A modo de ilustración de lo anterior, podemos pensar en vivencias tales como fantasear un unicornio. En este caso, nuestro modo de acceso a este ser irreal se da siempre de manera *indirecta*. Al unicornio no lo podemos tocar, ver ni situar de la misma forma que lo que hacemos con los objetos reales de la percepción o la conciencia de imagen, sin embargo, decimos que tenemos experiencia del unicornio ya que *de alguna manera* podemos captarlo *lateralmente*. Este segundo modo de aproximación a la *phantasia* es el que nos interesa ya que es a partir de este enigmático modo de presencia que acontece aquella dinámica de cuidado que está a la base de la constitución del esquema corporal durante la infancia.

### ***Phantasia Pura y Phantasia Mixta***

Habiendo respondido, aunque sea someramente, a la pregunta de qué tipo de acto es la *phantasia*, es necesario poner evidencia otra distinción relevante a efectos de nuestra indagación. En este caso, aquella entre *Phantasia pura* y *Phantasia mixta* (o atada) esbozada por Husserl. Mientras en el primer género de experiencia la *phantasia* se presenta sola y sin estar ligada a otros tipos de actos, en el segundo se encuentra imbricada con otras vivencias como la percepción y la conciencia de imagen, las cuales le sirven, en este caso, de soporte material. En palabras de Azul Katz

Una expresión clara de esa conquista progresiva de la fantasía es la distinción entre dos modalidades de fantasía: la pura, que es

el caso de la libre fantasía, y la atada, que consiste en las modalidades del caso puro, en las cuales la fantasía se entrelaza o mezcla con otro tipo de vivencias, imponiendo una restricción o dirección a su operar libre. (2023, p. 124)

Mientras la *Phantasia pura* supone una desconexión radical con respecto al *mundo real*, la *Phantasia atada* sigue ligada a este de una forma paradójica, a saber, haciendo uso del contenido sensible que nos ponen delante los objetos del mundo, pero para experimentarlos bajo el modo de lo *irreal*<sup>4</sup>. Dos ejemplos de este segundo tipo de *phantasia* son las experiencias del juego y del teatro (Luna, 2023, p. 167, 169; Senatore, 2023). En la primera quien juega dispone de objetos reales como un lápiz para darles una significación irreal y fantástica, como por ejemplo ser una espada durante todo el tiempo que dure dicha actividad. En este caso, lo que ocurre no es que el lápiz deje de ser un lápiz, sino que en el contexto de la dinámica lúdica, dicho objeto, aunque lo percibamos como un lápiz, es tomado como una espada ya que lo que nos interesa es disponer de él como el soporte material sobre la base del cual poner en marcha todo el poder de nuestra fantasía. En el segundo género de vivencia, a saber, el teatro, ocurre algo similar. Cuando vemos a los actores percibimos objetos reales, en este caso personas de carne y hueso, sin embargo lo que nos interesa es disponer de dichos objetos a los que accedemos mediante la percepción como el soporte material para fantasear con objetos irreales, a saber, los personajes. En palabras de Richir

Para introducir a la phantasia “perceptiva”, Husserl toma el ejemplo de lo que ocurre en el teatro. Ricardo III o Wallenstein “están” en

---

<sup>4</sup> Al respecto, es importante mencionar que una descripción más apropiada de la *phantasia* exige hacer referencia a lo que con Husserl podemos denominar la *dimensión posicional* de la experiencia humana. Vale decir, aquella que se relaciona con el *carácter de creencia* a través del cual experimentamos nuestras distintas experiencias. Fenomenológicamente, resulta relevante tomar en cuenta este registro ya que nos permite advertir las diferencias que hay entre vivencias que hacemos de un mismo objeto. Por ejemplo, no es lo mismo experimentar una imagen que aparece en nuestro horizonte bajo el modo de lo *real*, lo *irreal*, lo *existente* o lo *inexistente*. Aunque el contenido de todas estas vivencias sea el mismo, nuestro modo de experimentar cada una de ellas va a diferir de las otras en virtud del carácter de creencia a través del cual nos aparece el mismo objeto. En el caso de la *phantasia* debemos señalar que ella supone una *neutralización* del carácter posicional que caracteriza nuestra cotidiana experiencia perceptiva. Es decir, en la *phantasia* las cosas aparecen bajo el modo de lo *irreal*, siendo irrelevante en este caso si el objeto que fantaseamos existe efectivamente. Profundizar en este asunto nos desviaría seriamente del objetivo de esta contribución, sin embargo, para quienes deseen profundizar en este asunto se recomienda *Génesis y evolución del concepto de fantasía en la fenomenología de Husserl* (Katz, 2023).

escena, aunque no estén percibidos (*wahrgenommen*) “en carne y hueso” —percibidos lo están el actor y la escena con sus decorados, lo está el teatro entero [...] Si el actor es bueno, si interpreta bien su papel, el personaje que encarna estará precisamente vivo, la magia e ilusión del teatro consistiendo precisamente en desplegar ante nuestros ojos una intriga entre personajes vivos, dentro de un marco (los decorados del teatro) que no acaba siendo mero ensamblaje de cosas o una suerte de “imagen” de tal ensamblaje, sino que directamente parece algo cuasi-real y que formará parte del todo de la trama. Sólo —cabe añadir— cuando es malo el actor (...) sólo entonces, en efecto, no le queda más remedio, al espectador, que imaginarse al personaje (figurárselo en imaginación tal y como debiera ser). (2011, pp. 430-431)

De esta manera, tanto en el juego como el teatro, la *phantasia*, aunque ligada a otros actos, sigue siendo la experiencia que protagoniza dichas vivencias. Así las cosas, la *phantasia* mixta, aunque limitada a los contenidos sensibles que nos ofrecen otros actos como la percepción y la conciencia de imagen, nos permite ver *más allá de ellos*, es decir, *más allá del mundo real* (Senatore, 2023, p. 199). Este segundo género de *phantasia*, en cuanto experiencia presente y no presentificadora (reproductiva), es el que nos permite describir las relaciones de cuidado. En efecto, sólo mediante un modo específico de *phantasia* mixta, a saber, la *phantasia perceptiva*, resulta posible aquella dinámica vincular a través de la cual los padres intentan responder a las necesidades de un sujeto que solo pueden captar a *distancia* por medio de la *phantasia*.

### ***Phantasia, Conciencia de Imagen y Percepción***

Habiendo precisado qué tipo de acto es la *phantasia* (presentificador y presente) y los dos grandes géneros al interior de los cuales puede ser clasificada esta vivencia (pura y mixta), es necesario poner de relieve sus principales diferencias con respecto a la conciencia de imagen y la percepción.

En primer lugar, todo tipo de *phantasia* se distingue de la conciencia de imagen porque esta última se compone de un *objeto-imagen* (*Bildobjekt*), por ejemplo, una fotografía, que remite a un *sujeto-imagen* (*Bildsujet*), en este caso la persona *real* que aparece en la fotografía. Por esta razón podemos sostener que esta vivencia supone cierta degradación con respecto a la *percepción* en presente de la persona fotografiada, ya que esta aparece *mediante una imagen*, es decir, a través de un representante. En cambio, la *phantasia* mienta una experiencia de imagen en la que esta no es tributaria del mundo *real* de la percepción, sino más bien posee

un ámbito propio en el que se evidencia una *realidad fantástica* (Husserl, 2002, pp. 486 ss.; Richir, 2004, pp. 501 ss.). Por ejemplo, aquella de la que forman parte imágenes irreales como unicornios, contenidos de nuestra vida onírica y, como veremos posteriormente, la *esfera de propiedad* de los otros sujetos.

En segundo lugar, la *phantasia* a diferencia de la *Percepción*, constituye una experiencia en la que no está en juego una relación directa, esto es, en carne y hueso, con *objetos del mundo*, como por ejemplo un libro, sino una vivencia de distintos *fantasmas*, es decir, imágenes que exceden la forma de la objetualidad, no remiten a objetos *reales* del mundo, y aparecen bajo el modo de la *distancia* (Richir, 2004, pp. 337-339). Puestas en evidencia las principales diferencias que tiene *phantasia* con respecto a la conciencia de imagen y la percepción, es importante describir el rol que desempeña este tipo de experiencia, y en particular la *phantasia* perceptiva, en la constitución del *cuerpo propio*.

### ***El Rol de la Phantasia Perceptiva en la Constitución del Esquema Corporal***

En el manuscrito titulado “El niño, su primera empatía” de 1935, incluido dentro del texto *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität*, Husserl describe la primera experiencia de nuestro cuerpo, esta es, aquella que hacemos en nuestra primera infancia, de la siguiente manera

El yo antes de este despertar, el proto-yo que aún no está vivo, sin embargo, ya tiene un mundo a su manera, en la forma preliminar [*Vor-Weise*], su mundo inactivo “en” el cual no vive, para el cual aún no está despierto<sup>5</sup>. (1973, p. 604)

En el marco de nuestros primeros meses de vida nos encontramos en un momento de nuestro desarrollo en el que el *cuerpo propio* no está aún constituido. Antes bien, nos encontramos en este contexto con una situación vital en la que hay un *proto-yo* todavía indiferenciado del cuerpo de su madre, y que por tanto aún no tiene con propiedad experiencia de mundo. ¿Cómo acontece la *génesis* de aquel *cuerpo propio* que nos per-

---

<sup>5</sup> La traducción es de nuestra autoría y toma como referencia la traducción al inglés desarrollada por István Fazakas y Tudi Gozé en *The Promise of the World: Towards a Transcendental History of Trust* (2020).

mite entrar en contacto con el mundo y los demás individuos? Una posible respuesta a esta pregunta la encontramos en el diálogo que Marc Richir sostiene en la obra referida previamente (2004) con el psicoanalista inglés Donald Winnicott (1975). En este contexto de discusión es que nuestra descripción de la *phantasia* cobra relevancia, pues Richir afirma que la constitución genética del *cuerpo propio* se produce a partir del encuentro entre el *proto-yo* infantil y la madre a través de la *phantasia perceptiva* (Richir, 2012, p. 352). ¿Cuáles son las características de este encuentro originario con la alteridad?

### ***Fenomenología de la Primera Infancia***

Como afirma Richir en su artículo *Leiblichkeit y Phantasia* (2012), la constitución del cuerpo propio se produce mediante aquella *institución intersubjetiva* por medio de la que se establece aquella *distancia originaria* con los otros cuerpos a partir de la que nace un cuerpo propio. Es mediante la *phantasia* que aparece nuestra propia corporalidad (*Leiblichkeit*) a través de su matriz afectiva y su carácter espacializante (2012, p. 352). La propia relación que tenemos con nuestro cuerpo se encuentra mediada, a juicio de Richir, por la labor de la *phantasia*. Si para Husserl el cuerpo es aquel órgano de la experiencia que nos abre múltiples posibilidades de acción, Richir agrega que sólo mediante la *phantasia* es posible aprehender como *propias* dichas posibilidades *virtuales*. Así, por ejemplo, cuando estamos en una situación que nos ofrece dos posibilidades de acción corporal, es la *phantasia* la que nos permite *hacer ficción* sobre qué es lo que ocurriría en cada escenario hipotético. Por este motivo, a partir de obras tales como *Phénoménologie en esquisses* (2000), el filósofo belga acuña la expresión *Phantasieleib*, la cual hace referencia a aquella relación íntima con nuestro cuerpo en cuanto órgano que nos abre posibilidades siempre nuevas que resultan inaccesibles -al menos de la misma forma que para nosotros- a los demás individuos. En el texto antes mencionado Richir establece que

El *Phantasieleib* no es sino un “centro de orientación”, el punto cero (*Nullpunkt*) que no es un punto o un centro que se sitúe en el cuerpo real ni en el espacio real, sino, por decirlo de alguna manera, el elemento de espacio o la célula de espacialización a partir de la cual hay orientación. El *Phantasieleib* es aquí, a la vez, el elemento espacializante y el elemento espacializado en la Phantasia. (2000, p. 137)

La Phantasia es así cierto registro individualizante que instaura

una distancia infranqueable con respecto a aquello que con Husserl podemos llamar la *esfera de propiedad* de los otros, es decir, aquella perspectiva singular a través de la cual cada sujeto hace experiencia del mundo (Husserl, 2006, p. 127). ¿Qué rol desempeña la *phantasia* perceptiva en este proceso de individuación? Si la *phantasia* perceptiva es un acto en el que la *phantasia* se encuentra *atada* a otras vivencias, en este caso a la percepción de objetos, esta experiencia resulta fundamental en aquel encuentro con los otros a través del que acontece la individuación. En efecto, cuando nos encontramos con otro sujeto esta experiencia posee, al menos, dos dimensiones. Por una parte, aquello que podemos percibir del otro, es decir, captar directamente. Por ejemplo, su color de pelo, su estatura y su semblante. Por otra parte, aquello que no podemos percibir del otro, vale decir, que resulta inaccesible mediante la percepción, pero a lo que sin embargo nos aproximamos indirectamente a través de la *phantasia* perceptiva. En este caso, prestando atención a aquello que nos pone delante la percepción del otro, pero para ir más allá de este registro. A saber, en dirección a aquello que el otro experimenta en su esfera de propiedad. Es en el marco del encuentro con el otro en la esfera de la *phantasia* perceptiva que tomamos conciencia de que, así como el otro es incapaz de percibir directamente a mi *Phantasieleib*, yo soy incapaz de acceder a su esfera de propiedad. La *phantasia* perceptiva es aquel registro que instaura aquella *distancia originaria* a través de la cual se constituye cierta *intimidación* que nos autoriza a hablar de *mi* cuerpo (Richir, 2012, p. 353). ¿Cómo se produce aquel encuentro originario con nuestros cuidadores por medio del que emerge el cuerpo propio?

Retomando la descripción sobre la relación entre el *proto-yo* de la primera infancia y la madre, afirmamos que aquel primer encuentro intersubjetivo opera bajo la dinámica de aquello que con Donald Winnicott podemos denominar, por una parte, el *sostén* y el *cuidado*, y, por otra parte, la *función de espejo*<sup>6</sup> que desempeñan la madre y la familia en nuestra primera infancia (1975; Gozé y Fazakas, 2020, p. 183; Murakami, 2012, p. 237). En este contexto, es importante insistir nuevamente en que el lugar de la *phantasia perceptiva* es fundamental ya que es mediante ella que el *proto-yo* infantil se descubre como *alguien* distinto a su madre.

Solo por medio la percepción (*Perzeption*) de la madre mediante

---

<sup>6</sup> Es importante señalar que, aunque es posible encontrar en Jacques Lacan (1978) un antecedente a la propuesta winnicottiana acerca del rol que cumple el *espejo* en la constitución del esquema corporal, ambas teorías se diferencian producto del énfasis que el psicoanalista inglés pone en la, desde su perspectiva, función insustituible que juega la madre en dicho proceso genético (1975). En otros términos, si bien para ambos autores el *espejo* es central para el surgimiento del yo, en el caso de Winnicott dicha función *espejular* está reservada, al menos en un primer momento, a la madre del infante.

la *phantasia* el niño aprende que, así como su cuidadora posee un *aquí absoluto*, es decir, un *cuerpo propio* que guarda una relación de absoluta exterioridad con respecto a él, de la misma manera él dispone de un *cuerpo propio* que le permite realizar distintas actividades en el marco de su vínculo con el mundo. István Fazakas describe esta experiencia en los siguientes términos

Viendo otro cuerpo (*corps étranger*), tengo la sensación de mi propio cuerpo que, de cierta manera, responde al otro. Pero no se trata aquí de una representación imaginaria, de un efecto espejo especular (*miroir spéculaire*). En efecto, comenzamos a advertirlo, es producto de la implicación de aquello que Marc Richir denomina *Phantasieleib* que mi cuerpo responde. El otro, por su presencia, despierta en mí kinestesis de Phantasia, sin que ninguna imagen se instituya entre nosotros. (2017, p. 135)

¿Qué condiciones debe cumplir el primer encuentro con la madre para que se produzca efectivamente la constitución del *cuerpo propio*? Como señala Donald Winnicott en su ensayo *La distorsión del yo en términos de Self verdadero y Self falso* (1981), para que la constitución de aquel *yo* que experimenta como suyo el *cuerpo propio* sea posible, es necesario que el primer encuentro con la madre recientemente descrito vaya acompañado de aquella dinámica del *sostén* y el *cuidado* que ya anunciamos previamente. Para que el *proto-yo* infantil descubra que dispone de un *cuerpo propio* es menester que su madre le permita afirmarse en su singularidad, es decir, es necesario que lo reconozca como un sujeto distinto a ella. En palabras del psicoanalista, “la madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante (...) Lo hace repetidamente. Empieza a tener vida el *self verdadero*, gracias a la fuerza que le cede al yo débil del infante la instrumentalización por la madre de las expresiones omnipotentes de este último (1981, p. 189). Para que se produzca la constitución del *cuerpo propio* es necesario que en el marco encuentro entre el infante y su madre, esta última desempeñe la función de *espejo*, esto es, de *reconocimiento de su singularidad* y *cuidado de su vulnerabilidad* (1981, p. 148). Solo una vez que acontece el tránsito desde el *proto-yo* al *yo* con un *cuerpo propio*, y que, en consecuencia, tiene sentido distinguir entre un *afuera* y un *adentro* -en este caso entre la exterioridad del mundo y la intimidad del existente humano-, comienza aquello que Winnicott (1975) denomina la segunda gran etapa del desarrollo emocional infantil, a saber, los *fenómenos transicionales*. Esta etapa de nuestro desarrollo es aquel momento de nuestra vida en el que, una vez adquirimos *confianza* (*Urdoxa*) en la estabilidad mundo, producto de los cuidados y del sostén de nuestra familia, comenzamos a apropiarnos de dicho horizonte mediante

la dinámica del juego (Fazakas, 2019). ¿Qué ocurre en aquellas situaciones vitales en las que no se produce el encuentro con nuestros cuidadores bajo la dinámica descrita por ambos autores? ¿Cómo se relaciona esta discusión con las nociones de violencia y vulnerabilidad mencionadas anteriormente?

Es a la luz de estas preguntas que se pone de manifiesto la importancia de la *phantasia* a la hora de describir el tipo de vulnerabilidad y el género de violencia que está en juego en la experiencia del abuso. Si toda relación de cuidado supone una distancia infranqueable con la persona cuidada, pareciera ser que esta dinámica vincular nos expone a una serie de riesgos que se explican por la incapacidad del cuidador de saber con certeza aquello que necesita la persona cuidada. Como veremos a continuación, en el seno de la dinámica del cuidado hay inevitablemente cierta *vulnerabilidad a la violencia* suscitada por los fracasos de quienes cuidan. Ahora bien, es importante distinguir esta vulnerabilidad y violencia de aquella que es el resultado de una estrategia explícita de dañar al otro, como por ejemplo, en el marco de situaciones de abuso. En otras palabras, es importante diferenciar aquella violencia que inevitablemente permea la constitución de nuestro esquema corporal durante la infancia, de su hiperbolización en el marco de la experiencia del abuso. Esta distinción nos permitirá comprender, entre otras cosas, en qué momento la violencia inevitable de una relación de cuidado deviene perversión, es decir, un deseo explícito de desarticular la esfera de intimidad del otro.

## **Cuidado, Atención y Violencia en la Primera Infancia**

Una vez puesta de relieve la importancia del cuidado para efectos de la constitución de nuestra corporalidad, es necesario precisar en qué consiste este tipo de vínculo intersubjetivo, pues solo una vez determinado qué es el cuidado sabremos con claridad cuáles son las posibles consecuencias de su ausencia durante la primera infancia.

### ***El Cuidado como Necesidad***

Como nos enseña Emmanuel Levinas en una de sus entrevistas compiladas bajo el título de *Ensayos y conversaciones* (2013), en tanto producto del carácter *material* de nuestro cuerpo, es decir, de los distintos requerimientos *biológicos*, *afectivos* e *intersubjetivos* que definen nuestra corporalidad, el *cuidado* mienta una necesidad de la que ningún existente humano puede prescindir, sobre todo en el marco de etapas de la vida tales

como la infancia y el envejecimiento (Levinas, 2013, p. 83; Levinas, 1972; Levinas, 1995). Solo gracias a los cuidados tempranos que recibimos de parte de otras personas durante los primeros años de nuestra vida es posible la constitución de nuestro *esquema corporal* y, con ello, de aquel mundo del que nos apropiamos inicialmente mediante la dinámica del juego y el *espacio transicional* (Winnicott, 1975). Solo en virtud de la dinámica del cuidado resulta comprensible la constitución genética del mundo como aquel *suelo* en el que se desarrollan todas nuestras experiencias.

Si los otros nos *dan el mundo* mediante el cuidado como podríamos afirmar con Levinas (1972) y Dan Arbib (2019), la ausencia del encuentro con dichos otros nos permite pensar aquella serie de experiencias, como por ejemplo situaciones de vulneración corporal, en las que aquel vínculo con el mundo se ve interrumpido. Llegados a este punto, una de las cuestiones que debemos resolver es: ¿a qué hacemos referencia cuando hablamos fenomenológicamente de cuidado?

### ***El Cuidado y sus Posibles Limitaciones***

Como afirma Patricio Mena (2013; 2018), hablar de cuidado es dar cuenta de un asunto de *atención*, vale decir, de una relación con la alteridad que sólo resulta posible mediante la *vigilancia* a través de la cual tomamos a nuestro cargo la vulnerabilidad del otro. En palabras del autor, “cuidar es prestar el máximo de atención al objeto o actividad por realizar; cuidar es, en dicho ejemplo, atender de tal modo de no descuidar lo por hacer” (2013, p. 3). Tal como sugiere la etimología latina comentada por el filósofo, hablar de atención es, por una parte, hacer referencia a una *vigilia perceptiva (intendere)* mediante la que prestamos el mayor de los esfuerzos a la labor que estamos realizando en ese momento, como por ejemplo, cuando nos piden *estar atentos* a las instrucciones de una persona; y, por otra parte, ofrecer lo mejor de nuestros *cuidados* y de nuestros *servicios (habodáh)* a otro individuo (*adtere*). De aquí se sigue una consecuencia relevante, pues si todo cuidado requiere del esfuerzo atencional de quien lo realiza, las limitaciones propias de la mirada de nuestra conciencia, y más precisamente de nuestra vida atencional, afectan inevitablemente el alcance que el cuidado puede tener (Husserl, 2011; Wandenfels, 2015).

¿Acaso las limitaciones asociadas al cuidado se explican únicamente por la finitud de nuestra atención? Por supuesto que no, pues así como fenómenos como el olvido pueden afectar nuestra capacidad de cuidar y por tanto atender al otro, de la misma manera -y tal como nos muestran las abundantes descripciones fenomenológicas acerca de la intersubjetividad, por ejemplo aquella desarrollada por Richir (2004)-, hay algo propio del encuentro con los otros que amenaza seriamente la posibilidad del cuidado, a

saber, el modo mismo en que dichos otros aparecen ante nuestra mirada.

Retomando el lenguaje richiriano y husserliano utilizado previamente, sostenemos que el acceso a la *esfera primordial* de los otros, esto es, a su experiencia de mundo vivida bajo la perspectiva de un *yo*, es uno de los tantos límites de nuestra capacidad perceptiva y atencional (Richir, 2004; Husserl, 2006). A diferencia de lo que establecen las tramas de sentido más evidentes, cada vez que nos encontramos con otra persona, en lugar de acceder a sus vivencias, somos testigos de una experiencia de la *ausencia radical*. De este modo, aquel tocar a través del cual nos vinculamos con los otros, por ejemplo, en el contexto de un apretón de manos, en lugar de posibilitar una continuidad entre sus experiencias y las mías, instaura una distancia irreductible articulando un *límite* y una *frontera* que resulta imposible de franquear. Por lo tanto, la dinámica del cuidado que caracteriza la primera relación que tenemos con nuestra familia está expuesta a una serie de limitaciones y peligros que amenazan seriamente nuestra constitución corporal. ¿Cómo cuidar de alguien a quien solo podemos acceder mediante la distancia que permite la *phantasia*? ¿Cómo no errar en el marco de aquella experiencia a ciegas? Pareciera ser que ante la indigencia de los recursos de los que dispone todo cuidador, la exigencia fundamental de un buen cuidado, o al menos de uno *lo suficientemente bueno*, es paradójicamente asumir sus limitaciones, pues solo de esta forma es posible vincularse con un otro reconociendo su singularidad y respetando las fronteras que instaura su corporalidad (Winnicott, 1975). ¿Cómo se liga esta discusión con nuestra descripción precedente acerca de la correlación entre violencia y vulnerabilidad?

### **Cuidado y Violencia**

Si la violencia es un fenómeno intersubjetivo en el que un otro nos vulnera al despojarnos de nuestro vínculo corporal con el mundo, y el cuidado consiste en aquella dinámica mediante la que ofrecemos un mundo al otro, pareciera ser, al menos una primera aproximación, que la relación entre ambos conceptos es antinómica, es decir, tenemos la tentación a pensar que *a mayor cuidado hay menor violencia*, y a la inversa, que *una mayor violencia va acompañada de una mayor ausencia de cuidado*. ¿Es del todo justa esta intuición? Consideramos que no, ya que teniendo en cuenta todas las limitaciones propias del cuidado es posible afirmar que a la base de esta relación intersubjetiva existe un germen permanente de violencia, a saber, aquel que instaura la incapacidad de cuidar completamente a otro.

Si todo cuidado requiere atención, la finitud misma de esta capacidad nos expone a la paradójica posibilidad de vulnerar a quienes cuidamos,

es decir, de dañarlos producto de la imposibilidad de atender plenamente a sus necesidades. De acuerdo con esto, a todo vínculo de cuidado subyace a nuestro pesar la posibilidad de la *desatención*, o sea, de ser *descuidados* o no *absolutamente cuidadosos* con respecto a aquel o aquella que demanda nuestro servicio. Así, situaciones tan cotidianas como fallar *de buena fe*, y sin alevosía, en el cuidado del otro, nos confrontan a la posibilidad de herirlo sin querer, es decir de dañarlo sin que el móvil de nuestra acción sea aquella vulneración. ¿Cómo delimitar el modo de violencia que está en juego en estas situaciones?

Retomando una vez más la distinción entre la vulnerabilidad *a* la violencia y la vulnerabilidad *ante* la violencia presentada por Quepons, afirmamos que la *desatención* asociada a las limitaciones propias del cuidado no es sino una expresión insigne del primer tipo de violencia, vale decir, de una violencia inevitable que es el *daño colateral* de acciones y decisiones humanas que se toman sin alevosía. De esta manera, es importante distinguir con claridad este tipo de vulneración que inevitablemente asedia a las relaciones humanas de aquella que es el resultado de una acción o una decisión que tiene como meta *dañar al otro*, como en el caso de prácticas deshumanizantes tales como la tortura y el abuso.

Así, aunque la violencia no es del todo ajena al cuidado -incluso a aquel que se realiza con las mejores intenciones-, y por tanto no es su antónimo inmediato, sí podemos afirmar que la *crueledad*, en tanto búsqueda explícita de la vulneración del otro, se posiciona como su opuesto. Si bien todo acto violento supone un atentado contra la posibilidad de mundo de un otro, si ponemos nuestra mirada en el *contexto de aparición* de dicha violencia nos encontramos, al menos, con dos tipos de situaciones. Por una parte, una serie de experiencias en las que la violencia aparece a nuestro pesar, es decir, momentos de nuestra vida en los que nos descubrimos vulnerables *a la violencia*. Por ejemplo, aquella vulneración que permea la constitución de nuestro esquema corporal durante la infancia producto de las limitaciones características del cuidado que pueden ofrecernos nuestros padres, pero que, sin embargo, es un resultado involuntario e indeseado de dicha dinámica vincular. Por otra parte, aquellas experiencias en las que la violencia aparece como el resultado de una decisión que se explica en virtud de una indiferencia ante el malestar de los otros, vale decir, situaciones en las que se encuentra ausente toda lógica del cuidado y frente a las cuales nos sabemos vulnerables *ante la violencia* de la que somos víctimas. Así, mientras el margen de desatención que define todo cuidado es un ejemplo de la primera forma de violencia, por su parte el *abandono* intencional de aquel otro que nos demanda cuidado es una expresión del segundo modo de violencia. ¿Cuál es el móvil fenomenológico que nos permite entender el *deseo* de ejercer violencia en contra de otro?

## Fenomenología del Cuerpo Abusado y de la Crueldad

En *Totalité et infini*, Emmanuel Levinas describe el encuentro con los otros de la siguiente manera

La profundidad que se abre en esta sensibilidad modifica la naturaleza misma del poder que no puede ya aprehender, pero puede matar. El asesinato tiene como objetivo así a un dato sensible y, sin embargo, se enfrenta a un dato cuyo ser no podría suspender por apropiación. Se encuentra ante un dato absolutamente no neutralizable... Yo no puedo querer matar más que a un ente absolutamente independiente, a aquel que sobrepasa infinitamente mis poderes y que por ello no se opone, sino que paraliza el poder mismo del poder. El Otro es el único ser al que yo puedo querer matar. (1971, p. 173)

A aquella dimensión de *exceso* y de *distancia* que caracteriza nuestro encuentro con la alteridad humana, subyace la tentación ante la perversión, y más precisamente ante la perversión que suscita el deseo de asesinar al otro. ¿Cómo se justifica esta inclinación? ¿De qué forma resulta compatible o incompatible con la dinámica del cuidado descrita recientemente? Nos parece que la respuesta a esta pregunta la hallamos en la descripción del aparecer del otro como el límite de nuestro poder de poder, es decir, como una frontera infranqueable a todas nuestras capacidades. El deseo de asesinar al otro solo puede ser entendido a la luz de lo insoportable que puede resultar en algunos contextos, y para algunas personas, la incapacidad de percibir a este del mismo modo en que captamos a los objetos del mundo, es decir, bajo la forma de la *accesibilidad* y la *disponibilidad*. La violencia que está en el origen de todo asesinato solo puede ser comprendida como una búsqueda desesperada por superar los *límites* que instaura el encuentro con las otras personas, es decir, el intento de despojar al otro o a la otra de su carácter de alteridad radical.

¿Es lo mismo hablar de asesinato que de experiencias tales como el abuso? Si bien es posible encontrar un parentesco evidente entre ambas vivencias, y afirmar, por ejemplo, que el asesinato es la expresión hiperbólica que suscita la *alergia a la alteridad*, consideramos que la dinámica característica de cada una de estas vivencias es distinta. El deseo de matar no es lo mismo que el deseo de abusar. Mientras en el primer caso

nos encontramos con una situación en que se pone fin a la vida del otro, y por tanto se asume el fracaso del intento por despojar al otro en vida de su alteridad, en el segundo caso nos encontramos con una situación que es una expresión abyecta del potencial de la empatía humana. Si la empatía nos permite captar a distancia y mediante la *phantasia* aquello que siente el otro, en el caso del abuso estamos frente a una paradójica empatía que busca franquear los límites del otro mediante la puesta en marcha de un conjunto de prácticas deshumanizantes que, despojando al otro de su cuerpo, lo despojan simultáneamente de su mundo, quitándole así su dimensión de alteridad (Husserl, 2006).

Tal como sostiene Elizabeth Behnke (2021), la vulnerabilidad *ante* la violencia del otro es un género de experiencia en la acontecen, al menos, tres pérdidas. En primer lugar, la pérdida de aquella *confianza tácita (Urdoxa)* en la permanencia del mundo como suelo de nuestra experiencia, la cual a su vez da paso a un sentimiento permanente de *vértigo*. En segundo lugar, la pérdida de aquel *sistema kinestésico*, es decir, de aquel poder de movimiento, a través del cual nuestro cuerpo nos permite apropiarnos del mundo. En este caso, nos encontramos con situaciones que nos inmovilizan de una forma tan radical que nos impiden entrar en contacto con las cosas y las demás personas tal y como lo hacíamos antes de padecer aquella violencia. Finalmente, la pérdida de los límites del *cuerpo propio* producto de la *invasión del abusador*, pues siendo vulnerados por la violencia de los otros somos despojados de nuestra posesión más elemental, a saber, aquel cuerpo y aquella *intimidad* que nos permite tener un mundo. En este sentido, nos encontramos con situaciones en las que, perdiéndose la posibilidad de un adentro, se pierde también la posibilidad del afuera. ¿Qué sentimiento está a la base de aquel deseo de violencia que moviliza al abuso? La crueldad. A este respecto, Ignacio Quepons señala que

---

<sup>7</sup> Como intentamos mostrar en nuestro reciente artículo *Richir y el origen trascendental de la experiencia disociativa* (2024) y en la segunda sección de este texto, uno de los resultados de aquel proceso a través del que se constituye nuestro esquema corporal durante la infancia es el surgimiento de aquello que con Husserl denominamos *esfera de propiedad* (2006, pp. 127 ss.). Sólo por mor de los cuidados que nos brindan nuestros padres durante los primeros años de vida se constituye cierta esfera de *intimidad* que nos permite aprehender como *nuestras*, es decir, desde el punto de vista de un *yo singular*, todas nuestras vivencias. Ahora bien, lo que ocurre en experiencias tales como el abuso, la tortura, cierto tipo de enfermedades y algunas psicopatologías, es que dicho sentido de lo propio es alterado a tal punto que, en algunas situaciones, da lugar a la *disociación (Spaltung)*, es decir, a la imposibilidad que captar como *propias* nuestras distintas experiencias. Profundizar en la descripción de la relación existente entre la disociación característica de ciertas psicopatologías y el ser víctima de situaciones de abuso, sobre todo durante la primera infancia, es un asunto que escapa a las pretensiones de la presente indagación, sin embargo dejamos anunciado este *posible vínculo* para retomarlo en una próxima oportunidad.

La crueldad es un forma explícita y excesiva de violencia que, por paradójico que resulte a primera vista, no es la consecuencia de una falta de sensibilidad o consideración; por el contrario, el comportamiento auténticamente cruel requiere de la misma sensibilidad presente en emociones morales como la caridad y el amor (...) El cruel descubre en su malignidad el rebasamiento del dolor más allá de los límites de cualquier expectativa y se regodea en ese rebasamiento. (2021, p. 64)

A partir de esta descripción sostenemos que el sufrimiento de quien padece crueldad mienta una expresión insigne de la vulnerabilidad *ante* la violencia del otro, es decir, de aquel despojo de mundo que se produce ante la hostilidad ajena (Venebra, 2019). Si, como vimos, el cuidado está estrechamente ligado en sus posibilidades al fenómeno de la atención, de alguna forma u otra la crueldad, y no la desatención, se posiciona como su antónimo. En efecto, la crueldad, en cuanto género abyecto de empatía que busca destruir la dimensión de alteridad del otro o la otra mediante una dinámica de lo insoportable, lejos de ser una experiencia en que la atención esté ausente, mienta, por el contrario, una vivencia en que la atención y todos los recursos que ella pueda movilizar están al servicio de la intención de infligir un daño al otro. Tal como nos muestran las descripciones fenomenológicas de prácticas deshumanizantes como la tortura, la crueldad humana, en sus distintas manifestaciones, exige cierta prudencia y cierto cálculo que permitan imaginar nuevas técnicas y nuevos dispositivos para vulnerar al otro (Venebra, 2021).

Si la vulnerabilidad *a la violencia* es un asunto que escapa al lenguaje de lo voluntario y lo involuntario, la vulnerabilidad *ante la violencia* que reflejan experiencias tales como la crueldad, debe ser entendida bajo la lógica de la hostilidad, es decir, de la búsqueda explícita y consciente de *invadir* el espacio del otro, de invadir sus fronteras para así desarticularlas y privarlo de su acceso al mundo. Si el deseo de asesinar tiene como consecuencia la imposibilidad de lograr lo que se busca, en este caso despojar al otro de su carácter de alteridad radical, el deseo de abusar tiene como objetivo violar uno de los principios fenomenológicos fundamentales, a saber, la incapacidad para acceder *directamente* al mundo de experiencia de los otros. En este caso se realiza dicha *operación desarticuladora de fronteras* buscando dañar al otro a tal punto que la intensidad de su dolor permita estar un poco más cerca de su intimidad<sup>7</sup>. De este modo, el tipo de vulnerabilidad que está en juego en fenómenos como el abuso es una forma específica de vulneración, a saber, aquella de la que somos víctimas ante la violencia voluntariamente ejercida por otro.

## Conclusiones

A lo largo de esta indagación hemos intentado poner en evidencia los distintos niveles de análisis que se revelan en una descripción fenomenológica de la estrecha correlación existente entre violencia, cuidado y vulnerabilidad. En este marco general, nuestra argumentación se articuló fundamentalmente en tres momentos.

En primer lugar, establecimos que, si bien no toda experiencia del orden de la vulnerabilidad es el resultado de un ejercicio de violencia, toda práctica violenta supone el daño, y en consecuencia la vulneración, de aquel cuerpo que la padece en carne propia. En este contexto, e intentando precisar aún más el tipo de relación existente entre violencia y vulnerabilidad a partir de un diálogo con la propuesta de Ignacio Quepons (2021), establecimos la distinción entre dos modos de vinculación entre ambas categorías. Por una parte, la vulnerabilidad *ante* la violencia ejercida por otro, es decir, la vulnerabilidad frente a un acto cuya intención explícita es hacer daño sobre un tercero, tal como es el caso, por ejemplo, de situaciones de abuso y violación. Por otra parte, la vulnerabilidad *a* la violencia propia del desarrollo de la vida humana en ambientes hostiles tales como aquellas comunidades invadidas por el narcotráfico y el crimen organizado. Al respecto, señalamos que mientras la descripción del primer tipo de vulnerabilidad nos permitió materializar el objetivo mayor de nuestra contribución al conducirnos a pensar dinámicas vinculares como las relaciones de cuidado o la crueldad que está a la base de prácticas tales como el abuso, la segunda, si bien poseía interesantes rendimientos filosóficos, fue dejada fuera de consideración teniendo en cuenta las intenciones propuestas para este texto.

En segundo lugar, después de haber puesto de relieve la relación existente entre violencia y vulnerabilidad, nos arrojamamos a la tarea de desarrollar una *fenomenología genética* acerca del origen de aquel vínculo corporal con el mundo que se ve interrumpido -o al menos suspendido por un momento-, en el contexto de situaciones de vulnerabilidad. Así, y a partir de nuestra exégesis filosófica de la propuesta genética esbozada por Marc Richir (2004), declaramos que el origen de aquella relación corporal con el mundo que se ve reconfigurada en experiencias de vulnerabilidad, sólo puede ser entendido a la luz de la dinámica del cuidado y la atención que nos ofrecen aquellas personas que nos acompañan durante los primeros años de nuestra infancia. En este marco descubrimos que, aunque exista la tentación a contraponer como antónimos *cuidado* y *violencia*, nos encontramos con un escenario mucho más complejo. En efecto, como producto de las limitaciones de nuestra capacidad atencional que nos permite cuidar de otro, pareciera ser que la violencia -en este caso aquella que es el resultado involuntario de un cuidado que se ejerce con las mejores intenciones-,

es un resto ineludible a toda dinámica de cuidado, sean aquellas que se desarrollan en el contexto clínico, por ejemplo, el vínculo entre un psicólogo o un médico y sus paciente, como aquellas que se inscriben al interior de relaciones filiales, amistosas y afectivas.

En tercer lugar, y teniendo ya presente aquel germen de violencia que asedia inexorablemente a toda práctica de cuidado, intentamos distinguir entre aquella *vulnerabilidad a la violencia* que acompaña inevitablemente este tipo de dinámicas, de aquella *vulnerabilidad ante la violencia* que es el efecto directo de una acción cuyo objetivo es dañar al otro. Así, retomando la fenomenología de alteridad propuesta por Emmanuel Levinas (1971), sostuvimos que la *crueledad*, es decir, la realización de acciones cuyo objetivo explícito es vulnerar al otro, solo puede ser comprendida adecuadamente bajo la lógica de *privar* al otro de su carácter de alteridad radical, esto es, bajo la dinámica de la *vulnerabilidad ante la violencia*. De esta manera, y a contrapelo de lo que establecen las tramas de sentido común más evidentes, afirmamos que la crueldad que está en el origen de prácticas como el abuso, supone una forma abyecta de atención hacia el otro cuyo objetivo es desplegar diversos recursos y estrategias con la intención de despojarlo de su alteridad, vale decir, de su calidad de otro absolutamente inapropiable, inaprehensible y, si se quiere, incomprensible mediante nuestras categorías.

¿Qué elementos puede aportar este esbozo de una fenomenología del cuerpo abusado para pensar asuntos tales como la práctica clínica en su relación con fenómenos como la violencia de género y la injusticia epistémica, las políticas institucionales en torno al cuidado de la infancia o la vejez, y la vulnerabilidad misma como una categoría que nos define como seres humanos? Responder estas preguntas es una tarea filosófica que quedará pendiente para una próxima indagación. Sin embargo, consideramos que su simple planteamiento nos permite dejar en evidencia laprincipal conclusión de este escrito. Si el origen de nuestro vínculo corporal con el mundo encuentra su génesis en la dinámica intersubjetiva del cuidado, al mismo tiempo dicha dinámica nos permite comprender una serie de situaciones vitales en las que, siendo víctimas de la violencia ejercida intencionalmente por otros, perdemos aquella certeza que nos permite afirmar que el mundo es el suelo de todas nuestras experiencias. Solo en el marco de una reflexión en torno a nuestros vínculos con los otros resulta posible comprender la posibilidad de tener un mundo, así como la posibilidad de perderlo. El abuso, en cuanto hiperbolización de la violencia que inevitablemente constituye nuestro esquema corporal, es una experiencia del orden de la vulnerabilidad que, igual que vivencias tales como la enfermedad y el dolor, pone de manifiesto la fragilidad de dicha posesión, así como de aquella que tenemos habitualmente sobre nuestro propio cuerpo.

## Bibliografía Primaria

- Husserl, E. (1993). *Chose et espace (1907)*. Paris: Puf.
- Husserl, E. (1998). *De la synthèse passive*. Paris: Millon.
- Husserl, E. (2014a). *Ideas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Volumen II. Investigaciones fenomenológicas acerca de la constitución*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E. (2014b). *La filosofía como ciencia estricta*. Buenos Aires: Prometeo.
- Husserl, E. (2006). *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Tecnos.
- Husserl, E. (2002). *Phantasia, conscience d'image, souvenir*. Paris: Millon.
- Husserl, E. (1973). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität: Texte aus dem Nachlass Dritter Teil: 1929–1935*. La Haya: Springer.
- Levinas, E. (1978). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris: Le livre de poche.
- Levinas, E. (1991). La souffrance inutile. En E. Levinas (ed.), *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre* (pp. 100-112). Paris: Le livre de poche.
- Levinas, E. (1983). *Le temps et l'autre*. Paris: Puf.
- Levinas, E. (1971). *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. Paris: Le livre de poche.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Richir, M. (2011). Imaginación y Phantasia en Husserl. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 40, pp. 33-54.
- Richir, M. (2012). *Leiblichkeit y Phantasia*. *Investigaciones fenomenológicas*, 9, pp. 349-365.
- Richir, M. (2004). *Phantasia, imagination, affectivité*. Paris: Millon.
- Richir, M. (2012). Phantasia, imaginación e imagen. *Investigaciones fenomenológicas*, 9, pp. 333-347.
- Richir, M. (2000). *Phénoménologie en esquisses. Nouvelles fondations*. Paris: Millon.
- Waldenfels, B. (2010). Attention suscitée et dirigée. *Alter. Revue de phénoménologie*, 18, pp. 33-44.
- Waldenfels, B. (2015). *Exploraciones fenomenológicas acerca de lo extraño*. Barcelona: Siglo XXI Editores.
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard.

## Bibliografía Secundaria

- Alves, P. (2020). Genesis. En, D. De Santis, B. C. Hopkins y C. Majolino (eds.), *The Routledge Handbook of Phenomenology and Phenomenological Philosophy* (pp. 207-220). Londres: Routledge Press.

- Behnke, E. (2021). No hay caminos, hay que caminar. Violaciones de la conciencia kinestésica y caminos hacia su recuperación. En, A. Bak (ed.) *Las fronteras del sentido. Filosofía y crítica de la violencia* (pp 87-103.). Ciudad de México: SB.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- Fazakas, I. (2017). Les structures imaginaires et phantastiques de l'intersubjectivité. *Annales de Phénoménologie*, 16, pp. 125-143.
- Fazakas, I. (2019). Jeu et phantasia. Une lecture richirienne de D.W. Winnicott. *Acta Romanica Quinqueecclesiensis VI: Philosophie francophone en Hongrie*. Pecs: Universidad de Pécs. pp. 65-80.
- Fazakas, I. y Gozé, T. (2020). The Promise of the World: Towards a Transcendental History of Trust. *Husserl Studies*, 36, pp. 169-189.
- Husserl, E. (2002). *Lecciones de fenomenología de la conciencia interna del tiempo*. Madrid: Trotta.
- Katz, A. (2023). Génesis y evolución del concepto de “fantasía” en la fenomenología de Husserl. *Tópicos. Revista de Filosofía*, 66, pp. 119-151.
- Lacan, J. (1978). *Le séminaire. Livre II. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique*. Paris: Seuil.
- Levinas, E. (1995). Trascendencia y mal. En, E. Levinas (ed.), *De Dios que viene a la idea* (pp. 201-219). Madrid: Caparrós Editores.
- Luna, J. (2023). Análisis fenomenológico de la experiencia del juego infantil como modalidad de la fantasía perceptiva. *Areté. Revista de Filosofía*, 35(1), pp. 158-178.
- Mena, P. (2013). Atender y responder. *Tópicos*, 26, pp. 1-31.
- Mena, P. (2018). La atencionalidad del amor. Una experiencia privilegiada y primordial del cuidado. *Ideas y Valores*, 67(168), pp. 319-344.
- Mena, P. (2021). Vulnerabilidad y cuidado. *Transformação*, 44(2), pp. 278-300.
- Osswald, A. (2016). *La fundamentación pasiva de la experiencia. Un estudio sobre la fenomenología de Husserl*. Madrid: Plaza y Valdés Editores.
- Posada-Varela, P. (2016). Fenómeno, Phantasia, Afectividad. La refundición de la fenomenología en Marc Richir. *Acta mexicana de fenomenología. Revista de investigación filosófica y científica*, 1, pp. 91-114.
- Quepons, I. (2021). Violencia, vulnerabilidad y mundo de la vida. En, A. Bak (ed.), *Las fronteras del sentido. Filosofía y crítica de la violencia* (pp. 41-74). Ciudad de México: SB.
- Ratcliffe, M. (2024). *Experiences of Depression. A study in phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Schnell, A. (2007). *Husserl et les fondements de la phénoménologie constructive*. Paris: Millon.
- Senatore, M. (2024). Mimetic Phantasia in Action: Marc Richir's Phenomenology of Intersubjectivity. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 55(2), pp. 149-166.

- Senatore, M. (2023). Where the Centaurs Come From? En, A. Altobrando y A. Pugliese (eds.), *Oltre la coscienza. Percorsi della ricerca fenomenologica* (pp.185-207). Macerata: Quodlibet.
- Venebra, M. (2021a). A ras de la carne: en el límite de la violencia y el sentido. En, A. Bak (ed.), *Las fronteras del sentido. Filosofía y crítica de la violencia* (pp. 121-142). Ciudad de México: SB.
- Venebra, M. (2019). El mal y las técnicas de envilecimiento: fenomenología del cuerpo torturado. *Investigaciones fenomenológicas*, 16, pp. 109-133.
- Venebra, M. (2021b). La violación originaria: fenomenología del cuerpo sexualmente abusado. *Ágora. Papeles de filosofía*, 40(1), pp. 155-178.
- Zúñiga, B. (2024). Richir and the transcendental origin of the dissociative experience (Spaltung). *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 180-200.

# Razones para no ir a consulta: masculinidad y vergüenza en el encuentro clínico

*Daniel Grecco*  
*Universidad Autónoma de México*

Recepción: 05/03/2024  
Aceptación: 10/09/2024

## Resumen

En este ensayo reflexionaré sobre lo que ciertos autores han llamado “imperativo de la masculinidad” para referirse a un deseo ansioso por evitar ser objeto de vergüenza. Este deseo se reflejaría en el desarrollo de pautas de acción que comparten el propósito de salvaguardar la masculinidad. En la segunda parte del escrito, aventuraré que la renuencia de ciertos hombres a ocuparse de su salud puede pensarse desde una vergüenza de índole “protectora”. El encuentro clínico es una experiencia que a veces puede intensificar el sentimiento de vulnerabilidad y exposición del paciente frente al especialista. Considerando lo anterior, arriesgaré que el encuentro clínico ha de pensarse desde una perspectiva que tenga en cuenta la manera en que ciertos cuerpos son generizados para reparar en los problemas que puede haber a la hora de buscar una consulta y someterse a la auscultación del especialista de salud.

**Palabras clave:** MASCULINIDAD - VERGÜENZA PROTECTORA - PAUTAS DE ACCIÓN - ENCUENTRO CLÍNICO - IMPERATIVO DE LA MASCULINIDAD

## Abstract

In this paper I will reflect on what certain authors have called “the imperative to masculinity”, that is, an anxious wish to avoid being subject to shame. This wish is at work in some norms of action that have in common the goal of protecting men’s masculinity. In the second part, I will argue that the reluctance some men have when taking care of their health can also be thought of as a form of “protective” shame. The clinical encounter is an experience that can intensify the feeling of vulnerability and exposure the patient has before the specialist. Taking this into account, I want to argue

that the clinical encounter needs to be thought from a perspective that considers the way some bodies are gendered so as to not set aside the problems that may arise at the very moment of seeking and engaging in a consultation.

**Keywords:** MASCULINITY - PROTECTIVE SHAME - NORMS OF ACTION - CLINICAL ENCOUNTER - MASCULINITY IMPERATIVE

## Introducción

El propósito de este ensayo es desarrollar la idea de que un aspecto de la masculinidad se encuentra estructurado, al menos en parte, por un sentimiento de vergüenza protectora. Para abordar esta intuición, me serviré del concepto tal y como Max Scheler lo propuso y, posteriormente, extenderé su aplicación. Argumentaré así que el concepto de vergüenza protectora no ha de limitarse a casos puntuales en que se da este sentimiento, sino que también estructura la experiencia propia cuando me concibo como un sujeto susceptible de ser avergonzado y, en consecuencia, actúo para evitar ese sentimiento. Sugeriré entonces que este sentimiento puede estructurar cierta forma de vivir la masculinidad, y que ello puede apreciarse, en primer lugar, en ciertos contextos de socialización masculina (principalmente, en los juegos) en que a los niños varones se les enseña la importancia de dar muestra de su hombría; en segundo lugar, en el encuentro clínico, del que suele decirse que los hombres evitan. Mi propuesta se basa así en dos estudios: el primero de ellos es una etnografía realizada por el antropólogo mexicano Guillermo Núñez, quien en *Masculinidad e intimidad* describe la escena de un juego de niños en el norte de México, así como la manera en que esta práctica se encuentra estructurada por un deseo de dar muestras de hombría. También me baso en los estudios hechos en torno a la asimetría entre la figura médica y la del paciente, sobre todo desde la perspectiva de género que ha ofrecido Marcia Villanueva.

Es importante destacar las limitaciones de la propuesta que busco articular, así como el lugar desde el cual estoy enunciándola. Mis observaciones se basan principalmente en estudios realizados en contextos distintos y conciernen a hombres diferentes: el primero de ellos tuvo lugar en una unidad de atención primaria en un municipio de Brasil, en donde el interés principal fue tener conocimiento de las prácticas de autocuidado masculino; el segundo estudio reúne una serie de entrevistas realizadas a 16 hombres canadienses que practicaban deporte a fin de ver cómo se vinculaba su masculinidad con su práctica y con la gestión del autocuidado al momento de verse lesionados (White, Young, McTeer, 1995, pp. 164-165). Considerando lo anterior, lejos está de mi interés hablar de una experiencia masculina que se muestre como invariante a través de la vida de los hombres. Esta imposibilidad ha sido destacada por estudios de sociología en el ámbito de la salud, en los que se observa, primero, que si bien hay ciertos empleos que ponen en mayor riesgo la vida de los hombres (considerando que, estadísticamente, son ellos quienes suelen desempeñarse más en esas áreas), no ha de hacerse a un lado que son hombres provenientes de clases trabajadoras, y no quienes tienen una posición socioeconómica más acomodada, quienes

suelen desempeñarse profesionalmente allí, y por lo tanto, exponerse más al peligro (Connell, 2000, p. 187). No habría, por consiguiente, una sola y única forma de aproximarse a la salud de los hombres en virtud de los contextos de los que provienen. En segundo lugar, también se ha insistido en la necesidad de no pensar categóricamente las identidades de género, lo que significaría, en este contexto, que no ha de pensarse que la presencia de una práctica, como puede ser lo que llamaré más adelante “vergüenza protectora”, se encuentra como una generalidad definitoria de la experiencia de los hombres. Siguiendo entonces la invitación de la socióloga australiana Raewyn Connell (2011), el género ha de entenderse de manera relacional, lo que significa que una práctica “masculina” o “femenina” puede existir o no entre cierto grupo de sujetos en virtud de una trama más amplia de experiencias; y, en caso de existir, presentarse de una forma singular<sup>1</sup>. En este sentido, busco elaborar conceptualmente una experiencia común que puede despertarse entre ciertos hombres en virtud de la manera en la que viven su masculinidad y, en consecuencia, constituirse como un obstáculo al momento de empezar una consulta médica.

El ensayo se divide en cuatro partes. En la primera, problematizaré la representación que Iris Marion Young ofrece en “Throwing like a Girl” de la masculinidad en términos de libertad y trascendencia. En la segunda, me abocaré al análisis y extensión del concepto de vergüenza protectora para mostrar que el sentimiento puede referirse a una experiencia más amplia que permearía una parte de la experiencia del sujeto. Posteriormente, vincularé el concepto de vergüenza protectora con el de pautas de acción para, finalmente y en cuarto lugar, describir las maneras en que la vergüenza protectora estructura la experiencia de ciertos hombres, en particular, en el encuentro clínico.

## **La Masculinidad, ¿Libre o Sujetada?**

En su ensayo “Throwing like a Girl”, Iris Marion Young desarrolla la manera en que la movilidad de los cuerpos femeninos se ve limitada por los imperativos sexistas que pesan sobre ellos. Una de las premisas del texto de Young está en el contraste de la movilidad de los cuerpos femeninos con la de los masculinos, la cual es definida en términos de libertad y

---

<sup>1</sup> Durante la redacción de este artículo encontré un artículo que podría ilustrar esta idea. Así como la “vergüenza protectora” puede llevar a que ciertos hombres no se sientan en confianza para iniciar una consulta médica, puede haber otros que prefieran hacerlo para no ver amenazada su identidad masculina como consecuencia del agravamiento de un padecimiento patológico. Es esto lo que puede leerse en un estudio etnográfico hecho en un grupo de 36 hombres mexicanoamericanos (Sobralse, 2006).

autonomía. Para Young, las diferencias entre las formas de desplazamiento de los cuerpos generizados responden a condiciones históricas y sociales que definen el tipo de relación que los individuos, tanto hombres como mujeres, tienen con el mundo (2005, p. 29). Así, Young observa, en primer lugar, que las mujeres no usan su cuerpo de manera plena y, a la vez, que al realizar ciertas tareas —principalmente ciertos deportes que requieren de la concurrencia total del cuerpo—, suelen concentrar sus esfuerzos en solo una parte de su cuerpo (2005, pp. 32-33). Más aun, esta manera de relacionarse y moverse tiene como trasfondo una atención tímida y dubitativa de sí: las mujeres, continúa Young, suelen encarar las cosas con vacilación e incertidumbre, pues su atención se divide entre el objetivo por ser realizado y el esfuerzo corporal requerido por la tarea en cuestión (2005, p. 34). A este respecto, Young añade que las mujeres son más propensas a subestimar su capacidad corpórea a diferencia de los hombres, pues han decidido de antemano que la tarea que se proponen está más allá de su alcance. Basándose en lo anterior, Young concluye que la raíz de estos problemas en la movilidad de los cuerpos femeninos reside en la manera en que se viven y se refieren a sus posibilidades de acción y de desplazamiento. En lugar de concebirse como sujetos que pueden proyectar fines en el mundo y hacer uso de su cuerpo para alcanzarlos, los cuerpos femeninos son sujetos y objetos para sí, es decir, trascendencias que se viven de manera ambigua, pues a pesar de contar con la capacidad para moverse y emprender acciones que requieran del uso de su cuerpo, no se conciben plenamente como centros de los cuales surge la acción (2005, p. 36).

El ensayo de Young es ejemplar al aplicar los análisis merleau-pon-tianos de la corporalidad en una situación concreta: aquella concerniente a la manera en que los cuerpos femeninos suelen ser socializados. Estos contextos imponen ciertas reglas en función del género, las cuales terminan por cooptar e incluso obstaculizar ciertos movimientos y acciones por no tener cabida en lo que se espera del cuerpo en cuanto femenino o masculino. Ahora bien, al momento de emprender su análisis, Young presenta un supuesto que, a mi parecer, merece un comentario: el cuerpo humano es, en un principio, una trascendencia, “la continua exigencia de capacidades aplicadas en el mundo” (2005, p. 36; traducción propia). Suponiendo que la corporalidad no puede pensarse fuera de sus circunstancias históricas y sociales y que, por lo tanto, no escapa, hasta cierto grado, a su generización, no es desacertado suponer que este cuerpo pensado como trascendencia es masculino, sobre todo teniendo en cuenta que la experiencia de estos cuerpos es determinada como expresiones de subjetividad y autonomía por Young (2005, p. 31). Con todo, no desaparece el interés por describir y analizar las maneras en que las condiciones históricas y sociales también pesan sobre los cuerpos masculinos. ¿No podría sugerirse, sin negar las observaciones de Young, que estos cuerpos se piensan así en virtud de un proceso de socialización que, no obstante, también acarrea sus exclusiones y prohibiciones?

Mi interés no es negar que la masculinidad como expresión corporal pueda pensarse en términos de autonomía y subjetividad. Tampoco me interesa repetir la perorata que suele presentarse en cada discusión concerniente a las mujeres (a saber, que los hombres sufren más en comparación a las mujeres o que su situación es más difícil). Creo, sin embargo, que es posible interesarse en los mecanismos que propician y censuran ciertos comportamientos entre los hombres para tener una visión más completa de las maneras en que pueden vivirse ciertas formas de la experiencia masculina<sup>2</sup>. Más aun, considero posible afirmar que, en ciertos momentos, la masculinidad se encuentra atravesada por un tipo de atención que, si bien no es idéntico, es, al menos, análogo al que Young describe a propósito de los cuerpos femeninos: así como las mujeres de las que habla Young dividen su atención entre el objetivo por realizar y el esfuerzo corporal que requiere la acción, los hombres también requieren prestar atención a ciertos gestos suyos, sobre todo cuando su masculinidad está en juego. Estas experiencias en las que los hombres sienten que su masculinidad está amenazada suelen estar revestidas por una expectativa de vergüenza, de tal modo que sus movimientos y acciones están regulados por ese temor.

Las descripciones de la masculinidad y la regulación de sus expresiones desde experiencias como la vergüenza están lejos de ser una novedad. Entre las autoras que se han hecho cargo de esta cuestión se encuentra Bonnie Mann, quien en *Sovereign Masculinity* se propone la tarea de pensar la soberanía en cuanto experiencia marcadamente masculina. En su libro, la autora dedica una sección a la manera en que la masculinidad se encuentra estructurada por la vergüenza. Así, Mann observa que la experiencia de los hombres, en cuanto sujetos generizados y corporeizados, suele estar animada por un anhelo de soberanía plena que solo se consigue al apartar todo rastro de vulnerabilidad (2014, p. 116). Para lograrlo, a los niños varones se les enseña que hay acciones, gestos y movimientos que son vergonzosos. Estas acciones se refieren casi exclusivamente a aquellos momentos en donde el infante expone su vulnerabilidad a la hora de pedir afecto. Mann radicaliza su planteamiento y sugiere que esta enseñanza no solo asienta pautas de acción; también encierra a los niños varones en un ciclo que exige de ellos su constante actualización, esto es, la perpetua negación de aquellas acciones, gestos y movimientos que son censurables en virtud de su género. En palabras de Mann:

aqueellos que buscan ser hombres soberanos, aprende el niño, deben negar las partes de su yo que se conectan con escenas reglamentadas de vergüenza [...] lo que él ignora es que estos actos [...] exigen ser repetidos una y otra vez [...] estas reacciones son

---

<sup>2</sup> Lejos está de mi interés hablar de una “experiencia masculina”, sobre todo de cara a la experiencia que pueden tener los hombres cis a diferencia de los hombres trans respecto a esta realidad social y corpórea.

solo eso, reacciones de vergüenza. Ello significa que [los niños] están profundamente sujetos a la vergüenza, incluso si [esas reacciones] permiten al sujeto sobrevivirle. (2014, p. 116; traducción propia).

En líneas generales, concuerdo con el análisis que ofrece Mann. No obstante, me parece que es posible afinar la descripción, sobre todo por lo que se refiere a los supuestos que subyacen a la discusión de esta pensadora. En su concepto de la vergüenza, Mann se apoya principalmente en la experiencia de la vergüenza originaria que Martha Nussbaum expone en *From Disgust to Humanity*, en donde la autora relaciona el sentimiento de vergüenza con el estado de indefensión y vulnerabilidad originarios en que nace todo ser humano (2004, p. 181). Para Nussbaum, esta es la raíz de la que brota la vergüenza: debido a que nuestra dependencia originaria respecto a los otros es vivida de manera ambigua, desarrollamos un ideal de perfección en el que nos concebimos como plenamente autónomos e independientes de los demás (2004, p. 187). Quien mejor encarnaría esta búsqueda de independencia y autonomía es, mencionan Nussbaum y Mann, un tipo de hombres que vivirían su masculinidad con otras condiciones adyacentes y propicias para la concreción de esas exigencias; se trataría entonces de una masculinidad blanca, cishetero y perteneciente a una clase social alta. Ahora bien, creo que es en esta observación donde el análisis puede precisarse más. Sin lugar a duda, la vulnerabilidad es una condición de la que no podemos escapar. No obstante, hay que aclarar el paso que, en la experiencia de la masculinidad, va de su negación, atraviesa los mecanismos de la vergüenza y desemboca en la consolidación de una identidad masculina. La apuesta estaría entonces en cruzar un análisis de índole ontológica sobre la vulnerabilidad originaria y la manera en que esta condición se refleja o refiere principalmente al cuerpo (a su dependencia respecto a los otros y a lo otro, al registro afectivo que me exhibe como todo menos que un sujeto soberano, como diría Butler (2016)), con la fenomenología, mediante la cual puede articularse la manera en que se toma conciencia de esa condición y, a la vez, los modos en que la experiencia de la vulnerabilidad se encuentra con otros registros en que se desenvuelve la conciencia (identitarios, sociales, etcétera). Dejando esta tarea de carácter más general para otra ocasión (sin por ello dejar de tenerla en el horizonte de este escrito), me quedo con el siguiente señalamiento: los análisis de Nussbaum y Mann se quedan en un plano psicológico que no dice mucho sobre la manera en que la negación de la vulnerabilidad y los mecanismos de la vergüenza se integran en el cuerpo (en este caso, un cuerpo masculino) para propiciar y sancionar ciertos desplazamientos, acciones y movimientos suyos. En otras palabras, la experiencia corporal de la masculinidad se juega en un terreno en donde el cuerpo se da pautas y estas, a su vez, se sedimentan en una dimensión afectiva que hace al

individuo apreciar su masculinidad, avistar un posible riesgo y actuar en consecuencia.

Esta será la tarea de los próximos apartados: partiendo del concepto de vergüenza protectora, intentaré dar cuenta de la masculinidad como una experiencia del cuerpo en la que se instala una serie de pautas que propician y sancionan ciertos movimientos. Es con base en ese desarrollo que, más adelante, aventuraré la siguiente hipótesis: la renuencia de ciertos hombres a asistir a consultas médicas puede explicarse, al menos en parte, a la manera en que se anticipan como objeto de una escena vergonzosa —una que redundaría negativamente en su masculinidad— en el encuentro clínico.

### **La Vergüenza Protectora como Pauta de Acción**

El concepto de vergüenza protectora fue propuesto originalmente por Max Scheler. Para este autor, la vergüenza es un sentimiento de índole exclusivamente humana que se refiere al choque entre la parte espiritual con las formas básicas de vida que, en cuanto viviente, vinculan al ser humano con lo animal (1987, p. 3). Habría dos momentos estructurales en la experiencia de la vergüenza tal y como la define Scheler. El primero de ellos consistiría en un giro reflexivo hacia sí, la conciencia que es objeto de este sentimiento; el segundo, en la percatación de nuestra pertenencia a un orden más general que pone en entredicho nuestra individualidad. Es precisamente por esta razón, afirma Scheler, que la vida sexual está íntimamente entrelazada con la vergüenza, pues se trata, simultáneamente, del factor más general de nuestra vida en la medida en que la compartimos con otros seres vivientes y, no obstante, también es la expresión de un sentimiento personal e individual:

la vida sexual es, al mismo tiempo, el factor más general de nuestras vidas que compartimos con todos los animales y vida en general y, sin embargo, también es un factor individual en la medida en que no hay un foro ni un juez para los éxitos o fracasos aquí implicados. (1987, p. 17)

Ahora bien, se le llama protectora a la vergüenza que surge de este choque en la medida en que el individuo, cuando se expone a este tipo de situaciones en donde toma conciencia de su pertenencia al orden de lo general, protege su propio valor frente a esta pérdida de la individualidad (1987, p. 17).

A diferencia de Jean-Paul Sartre, quien describe en *El ser y la nada* una experiencia de la vergüenza en términos estrictamente intersubjetivos, Scheler no considera que este sea un sentimiento necesariamente social (“la vergüenza no es un sentimiento exclusivamente sexual porque ni siquiera es exclusivamente social” (1987, p. 15). Más aun, la presencia de la mirada enjuiciante tampoco parece ser estrictamente necesaria en su conceptualización de la vergüenza, tal y como puede inferirse a partir de una de sus observaciones. Scheler sostiene que, al reflexionar sobre nosotros mismos y nuestras experiencias, podemos subsumir nuestras vivencias en conceptos y juicios que, por pertenecer al orden de lo público, nos arrebatan de nuestra individualidad, despertándose entonces el sentimiento de vergüenza (1987, pp. 16-17). Llamo la atención sobre estos aspectos porque deseo retomar su concepto de vergüenza protectora en sus líneas generales y añadir la dimensión intersubjetiva que, en mi opinión, caracteriza a este sentimiento. Como tal, no entraré de lleno en la discusión sobre si toda vivencia de vergüenza implica un grado de intersubjetividad o no. Baste, sin embargo, con dos señalamientos hechos recientemente por Dan Zahavi y Alba Montes. En *Self & Other*, Zahavi defiende que la vergüenza implica siempre un grado de alteridad, incluso cuando ciertas expresiones suyas están centradas en el pasado o en el futuro sin que en ellas haya una forma de alteridad identificable. La alteridad implícita en la vergüenza se debe no solo a la distancia de mí respecto a mí, como cuando me siento avergonzado tras reflexionar sobre una acción propia o sus consecuencias; también se debe a la manera en que influyen los otros en mí mismo. Esta afirmación esconde un presupuesto más básico de lo que se deja ver a primera vista: no ocurre que el otro esté siempre presente, incluso en aquellos casos de vergüenza intrapersonal (es decir, cuando el sentimiento surge sin que el otro esté fácticamente allí, juzgándome). Ocurre, más bien, que la vergüenza intrapersonal está condicionada por la vergüenza interpersonal en la medida en que mi conciencia empática del otro y la subsecuente internalización de su mirar me permiten tener la distancia necesaria para juzgarme (2014, p. 239). Alba Montes es de una opinión similar al afirmar que la vergüenza es un sentimiento de índole particularmente subjetiva por exigir la capacidad para verse como un sujeto que puede ser objeto de la visión y juicio ajenos (2015, p. 197). Así, no puede pensarse en la vergüenza protectora de la que habla Scheler como la experiencia de un yo individual que, en su soledad y aislamiento radicales, se enjuicia y vive como vergonzoso. Siguiendo los planteamientos de Montes y Zahavi, habría que decir que esta acción responde ya a un yo que se sabe, en mayor o menor grado, intersubjetivamente expuesto y que, en esa medida, puede verse a sí y padecer vergüenza. La cuestión de que el otro esté o no allí, que sea virtual o fáctico, importa poco; lo realmente decisivo es que esta capacidad se encuentra determinada por la atención que hemos aprendido a poner en nosotros mismos, desde nuestra infancia, en virtud de nuestros intercambios tempranos con los otros que nos rodean.

Ahora bien, ¿por qué hablar de vergüenza protectora y pautas de acción? Como puede colegirse de la breve exposición que ofrecí del concepto de Scheler, hay una dimensión valorativa en este sentimiento: al sentir vergüenza, protejo, más bien, el valor positivo que tengo yo, el cual se ve desafiado por las circunstancias vergonzosas que amenazan con arrebatar mi individualidad y arrojarme al orden de lo general. Como tal, esta es una descripción que correspondería al sentimiento puntual y discreto de la vergüenza, es decir, tal y como la experiencia se presenta en virtud de aquello que la propicia. Creo, sin embargo, que es posible expandir el análisis y aventurar lo siguiente: la vergüenza protectora puede volverse un horizonte de experiencia mediante el cual, en primer lugar, anticipo que soy susceptible de tener ese sentimiento y, en segundo, actúo en conformidad con tal de evitarlo. Hay indicios de la descripción de esta experiencia en lo que Luna Dolezal llama “vergüenza crónica”, sentimiento que consiste en el miedo a estar expuesto a la vergüenza. No es necesario que esto pase de hecho; la ansiedad por la vergüenza o vergüenza crónica implica, sobre todo, un miedo dominante y persistente. Dolezal habla entonces de un sentimiento corrosivo y obstaculizante que se refiere a la sensación de ser visto y rechazado por los otros (p. 856). Como se trata de una experiencia que se busca evitar a todo costo, el individuo hace todo lo que está a su disposición para evitarla. Al apoyarse del concepto de horizonte en la fenomenología husserliana, Dolezal también define esta vergüenza crónica en términos de horizonte experiencial, pues tal y como ocurre con la percepción de los objetos físicos, cuyo desenvolvimiento está predelineado por una anticipación de los modos en que puede mostrarse de acuerdo con su tipo, mi propia concepción como sujeto susceptible de ser avergonzado significa que espero tal sentimiento de mí, que, a la vuelta de la esquina, se encuentra un mirar juicioso que redundará en la vergüenza (pp. 750-754). Desde esta perspectiva, la vergüenza protectora podría entenderse también como un horizonte experiencial: en la medida en que advierto que puedo estar expuesto a este sentimiento, busco evitarlo a través de la reducción de mis encuentros con los otros; me aílo de ellos y me vuelvo invisible.

Con todo, el análisis de Dolezal puede afinarse un poco más. Sin lugar a duda, la vergüenza puede convertirse en un horizonte experiencial por el que me anticipo como objeto susceptible de padecer ese sentimiento. Sin embargo, no es desde una perspectiva estática que logra apreciarse el modo en que ello ocurre.<sup>3</sup> Para advertir la manera en que la vergüenza se apodera de mí, ha de repararse en su interacción con la constitución de la acción y, sobre todo, con la que es de índole habitual. La vergüenza

<sup>3</sup> Hago alusión aquí a la distinción que Husserl hace entre fenomenología estática y genética en la cuarta meditación cartesiana. Allí, Husserl establece que la fenomenología estática se encargaría de describir las estructuras de vida de conciencia sin interesarse en su historia. Por el contrario, la fenomenología genética haría suya la descripción por la cual el yo no es solo un yo puro que unifica su corriente de vivencias; también se interesaría en él en cuanto yo dotado de una historia, de toma de decisiones y de su consecuente consolidación en hábitos (Husserl, 1979, p. 120).

protectora estructura mi identidad en la medida en que no solo anticipo mi exposición a la vergüenza, en la medida en que me considero alguien que puede padecer ese sentimiento; también lo hace cuando, como consecuencia de ese temor, se asientan en mí acciones cuyo fin es evitar la exposición a lo vergonzoso. Finalmente, la vergüenza también forma mi identidad propia cuando esta depende precisamente de mi adecuación a esas normas.

Para ello, es pertinente recordar brevemente las descripciones que Husserl hace sobre la acción en *Ideas II*. Allí, el yo es un “yo puedo” que actúa y se desplaza voluntariamente en el mundo (Husserl, 2005). En la consolidación de la acción, no solo ha de tenerse en cuenta aquellas acciones que revelan mi capacidad para actuar sobre el mundo a partir de su encuentro con la resistencia que ofrecen las cosas a mis esfuerzos físicos. Por el contrario, también ha de considerarse, en la representación de mis capacidades, la conciencia que tengo de mí como una persona con ciertos hábitos e historia (Husserl, 2005, p. 313). En otras palabras, las posibilidades de mi acción están determinadas, en parte, por mi propia historia personal. Desde una perspectiva fenomenológica, el yo se formaría entonces por estratos. En primer lugar, se encontraría el yo puro que reviste o limita todas las sedimentaciones del sujeto desarrollado. Este sujeto o yo cuenta con una historia de actos y de tomas de posiciones y costumbres propias. Esta sedimentación se traduce en un carácter, el cual puede ser objeto de una “modificación de fantasía” y, así, volverse un criterio para juzgar la viabilidad de mi acción bajo ciertas circunstancias: yo soy, por ejemplo, honesto, lo que me impide mentirle a los demás. Este ejercicio de fantasía no es una mera especulación en el vacío; Husserl parece inferir que al menos una parte importante de ella se realiza con base en el conocimiento que tengo de mí:

Si ahora fantaseo [...] entonces ahora juzgo cómo actuarían sobre mí tales y cuales motivos [...] cómo yo, [...] actuaría y podría actuar [...] De tal modo juzgo o puedo juzgar empíricamente, sobre la base del conocimiento de experiencia que tengo de mí, en atención a mí. (Husserl, 2005, p. 313)

Con esta descripción breve sobre la consolidación de la acción, es posible empezar a esbozar algunas líneas en dirección a la comprensión de la vergüenza protectora y a su establecimiento de pautas de acción. Quien ve sus acciones estructuradas por la vergüenza, lo hace, probablemente, basándose en el hecho de que ha vivido ese sentimiento de primera o segunda mano, esto es, por experiencia propia o por testimonio. En cualquier caso, las consecuencias del episodio vergonzoso (como podrían ser la humillación, el aislamiento, entre otras) se asienta en mi conciencia como aquello que he de

evitar, como aquello que no puede ni debe pasarme. Es entonces que empieza a asentarse una serie de estrategias (o, como he dicho en otro momento, pautas de acción) que están reguladas, precisamente, desde ese temor. Ahora bien, es evidente que estas observaciones concernirían únicamente a las circunstancias que podrían despertar un sentimiento de vergüenza puntual, como podría ser, tal vez, hacer un chiste de mal gusto: mi temor a padecer vergüenza motivaría en mí un tipo de comportamiento más prudente, más cauteloso con los otros que me rodean. Para entender la sedimentación de las pautas de acción reguladas desde la vergüenza, habría que pensar en las identidades estigmatizadas de sujetos cuya presencia es vista por los demás como una afrenta. También habría que tener en cuenta aquellas identidades, como la masculinidad, cuyo establecimiento depende de cierta apuesta, de demostrar hombría con tal de no ser objeto de vergüenza. Es precisamente esta descripción la que me ocupará en el siguiente apartado.

## Masculinidad y Pautas de Acción

Para la elaboración de *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida* (2007), el antropólogo Guillermo Núñez entrevistó a varios hombres, tanto infantes como jóvenes y adultos, pertenecientes a distintas comunidades del norte de México. Esto le permitió dar cuenta de la masculinidad como un proceso identitario en tensión y constante redefinición. Si bien es esta característica la que impide hablar de la masculinidad como un valor universal y común a toda comunidad o grupo, es posible abstraer ciertas notas o rasgos que permiten pensar en ella como una identidad estructurada desde la vergüenza. Pienso, por ejemplo, en las notas de campo que abren el capítulo dos, “La disputa por los significados del ser hombre en México. Aplicaciones de la teoría *queer*”, en donde Núñez describe una escena de juego que involucra únicamente a niños varones:

Mientras estoy sentado en una banca de la plaza de La Mesa [...] veo a tres niños de alrededor de seis o siete años que juegan sobre el olivo que me da sombra. Uno de ellos escala más alto que los otros y le dice a otro que se ha quedado más abajo: —A ver qué tan hombre eres, a que no te subes hasta acá. —A que sí me subo —responde el otro y, rápidamente, escala por la rama hasta el sitio indicado. Sigo con atención su conversación. El primero que increpa a los otros le grita al que queda más abajo: —No seas bizcocho, súbete, no te pasa nada. El otro, que es más pequeño no se mueve de su sitio y dice con voz de miedo: —No, me voy a caer. —Súbete, no te va a pasar nada —repite. —Déjalo, es bien culón —agrega su compañero en la rama más alta. (Núñez, 2007, p. 153)

Más adelante, y para aclarar muchas de las expresiones usadas durante el diálogo, Núñez añade:

[L]a hombría no es un hecho, una sustancia o una cualidad intrínseca a su ser. La hombría es un bien escaso, un objeto de disputa cotidiana a través de los juegos de competencia, de prueba y asignación. Es el producto de una manera de significar ciertas acciones y de la capacidad corporal y subjetiva de realizarlas. [...] Se trata de un asunto relacional [...] En el caso de los niños, este carácter relacional y reactivo se ejemplifica claramente en las expresiones ‘no seas bizcocho’ y ‘es bien culón’ [...] culón y bizcocho se utilizan para significar miedo o la incapacidad para superar, controlar y enfrentar el miedo, es también el exceso de precaución, una actitud que se considera poco viril. El ser hombre se representa, así, como un asunto de valentía, de control de sí mismo y de los propios temores, como una actitud temeraria y, finalmente, como una supresión del dolor. (2007, p. 167)

En el relato de Núñez, la atención antropológica al desenvolvimiento de los hechos y el uso de la teoría se conjugan para dar lugar a conceptos que, si bien detentan un carácter más o menos general, también reconocen la particularidad de las prácticas y rituales que estructuran al género en cada sociedad. Así, Núñez se refiere a un “imperativo de la masculinidad”, que el antropólogo define como un “ansioso y continuo proceso” al que se someten los hombres con tal de dar muestras de su masculinidad (2007, p. 169). Desde esta perspectiva, la masculinidad surgiría entonces en las luchas por la representación. Por esta razón, resulta indispensable no perder el carácter de la disputa que enmarca estas muestras y puestas en escena de la masculinidad: debido a que “el ser hombre” se juega en el nivel de la representación e identidad, el término sirve para distinguirse unos de otros (Núñez, 2007, p. 157).

Propongo leer esta escena a la luz del desarrollo anterior que he ofrecido sobre el concepto de vergüenza protectora. Para ello, habría que hablar de un tema consabido por las teorías *queer*: el género se trata de una identidad sedimentada que media la identidad personal. En este sentido, las acciones que emprendemos suelen verse reguladas desde allí, desde una identidad generizada que, por pertenecer a tal o cual identidad desde el binarismo de género, ha de responder a ciertas expectativas en lugar de otras. Como sugiere Butler:

a la inmensa mayoría se nos ha determinado el género a base de marcar una casilla y encajarnos en una categoría concreta [...] esas primeras inscripciones e interpelaciones van acompañadas de las expectativas y fantasías de los demás [...] Aparecen cuando ya no se las espera, y se abren paso en nuestro interior, animando y estructurando nuestras propias formas de responsabilidad. (2017, pp. 35-36)

Ahora bien, el género no es una vivencia discreta o puntual; se trata de una identidad que se consolida a lo largo del tiempo. Una vez más, dentro del binarismo de género, se es hombre o mujer en la medida en que reproducimos los gestos y movimientos asociados con cada identidad. Esta práctica es indisociable de contextos que ponen en entredicho nuestra identidad o pertenencia al género en virtud de las expectativas que se tienen al respecto. Cuando esto ocurre, las respuestas frente a la inadecuación son variadas y dependen siempre del actor o parte que se tenga en consideración. Si son los otros quienes perciben la inadecuación de alguien más respecto al género, su reacción puede ir desde el temor, el rechazo o, peor aún, la violencia. Si, por el contrario, nos referimos a aquel que “quebranta” las expectativas de género, la reacción puede variar e ir desde el temor hasta la obstinación a no doblegarse ante la humillación. En este caso, las estrategias son varias y, una vez más, dependen del sujeto generizado. Como sea, sugiero que de esas estrategias habrían dado testimonio los niños del relato de Núñez; más aun, que, en su juego, hay un ejemplo del modo en que la vergüenza estructura su masculinidad. El juego en el que están inmersos consiste en un constante desafío con tal de no ceder a la provocación de sus compañeros y mostrarse como otra cosa que un hombre (un “bizcocho”, un “culón”). Habría, por consiguiente, una identidad regulada desde la vergüenza protectora: en la medida en que la masculinidad de los niños depende de, por un lado, aceptar el desafío que ponen sus compañeros y, por el otro, de tener éxito en el juego, habría en ellos una expectativa de no perder su valor en cuanto hombres, de no querer ser objeto de vergüenza de sus compañeros. La vergüenza funcionará entonces no como un sentimiento inhibitorio, o al menos no en su totalidad. Si hubiera algo que esta emoción sancionara, se trataría de aquellas acciones, gestos y movimientos considerados como no masculinos. Pero habría una contrapartida: todo aquello que pueda enmarcarse como masculino sería objeto de una motivación por el sentimiento de la vergüenza protectora.

Esta identidad masculina, cuyo establecimiento depende, hasta cierto punto, de arriesgarse más que los demás y mostrar más que los demás, es capaz de integrar actos y escenas que podrían jugarse como opuestos del género masculino. En otra de sus notas etnográficas, Núñez describe la manera en que el llanto, que podría considerarse por algunos

como una acción “femenina”, es destacado por un grupo de hombres como una acción que, en lugar de ser una afrenta suya, refuerza la masculinidad. El hombre que llora y, más importante aún, no teme confesarlo es visto por este grupo de hombres como alguien valiente que logra sobreponerse a la vergüenza, tal y como Núñez describe en su etnografía:

en el fondo –dice uno de los hombres entrevistados a propósito del propio antropólogo– te ven como más [...] más hombre, porque eres tan hombre que no te da vergüenza decir que puedes llorar, y lo dices así con seguridad y ellos ven que no pasa nada, que no te da miedo la crítica, ¿entiendes?, al contrario. (Núñez, 2007, p. 167)

Traigo a colación esta escena porque creo que puntualiza un aspecto más en la experiencia que intento describir: la dimensión intersubjetiva de la vergüenza protectora y su dinámica propia en la masculinidad. En la escena anterior –la del juego de niños–, se hacía claro, para decirlo con los términos de Núñez, un imperativo de la masculinidad. En cambio, con la confesión de que “los hombres también lloran”, se vuelve más claro que ese imperativo no puede dissociarse del compararse con los demás, que no puede separarse de una práctica que exige de sí enfrentarse al otro con dar muestras de que “se es más hombre que él”. La vergüenza protectora que estructuraría la masculinidad tendría, entonces, estos dos rasgos. En primer lugar, se trataría de un sentimiento que lleva a los hombres a valorar su propia masculinidad. Como decía antes, el sentimiento no actuaría en ellos mediante la renuncia a la acción con y exposición a los otros. Más bien, su mecanismo haría que los hombres “acepten el desafío” que otros congéneres les proponen en ciertos contextos (el juego, la diversión, el coqueteo, etcétera). En segundo lugar, y precisamente en virtud de lo anterior, la masculinidad desafiada y puesta en juego requiere también del otro, pero, en esta ocasión, para derrotar o sobreponerse a aquel que lanza el desafío. Finalmente, el cuerpo, como órgano a través del cual se expresa la voluntad de estos hombres, no está ausente de estas escenas. Es, por el contrario, aquello que siempre las acompaña, ya sea en su realización o en la configuración de la historia de un individuo –los hombres– que precisa siempre de la acción para compararse a los demás.

Llegados aquí, la pregunta que puede plantearse es la siguiente: ¿qué pasaría si el desafío en que se juega la masculinidad de un hombre se presenta como insuperable, sobre todo si el desenlace de la situación no depende de él? Esta cuestión me permite hacer una transición con el otro tema del que deseo hablar: el encuentro clínico y la manera en que los hombres hacen frente a él.

## La Masculinidad en el Encuentro Clínico

Para dar el tono a lo que sigue, deseo retomar la siguiente constatación: a diferencia de las mujeres, ciertas formas de construir la masculinidad pueden desembocar en actitudes renuentes a cuidarse y a emprender una consulta médica (Sabo, 2000, pp. 5-7). En un estudio cuyo propósito fue, entre otras cosas, hacen un recuento de las barreras que obstaculizan las prácticas de autocuidado masculino, se realizó una serie de cinco encuentros con grupos de hombres compuestos de 18 a 21 individuos, quienes respondieron que las prácticas de cuidado no eran un hábito común entre ellos porque el autocuidado se opone a la masculinidad, porque la enfermedad es un signo de vulnerabilidad y, finalmente, porque otros congéneres (padres, hermanos y abuelos) no inculcan esos hábitos en otros hombres (Timbó de Paiva *et al*, 2020, pp. 6-7). Hasta cierto punto, comparto las observaciones hechas por ellos, así como las conclusiones que pueden desprenderse: es posible encontrar aspectos del autocuidado (asistir a consulta, prestar atención constante a la salud propia, etcétera) que se opone a la masculinidad y que dificulta su seguimiento por los hombres. Quizás podría hacerse un puente entre esta constatación y lo que arrojó una serie de entrevistas realizadas en 1992 a un grupo de 16 hombres canadienses practicantes de algún deporte. White, Young y McTeer, autores del estudio que recopila estos testimonios, sugieren que la práctica del deporte no es independiente de un proceso de generización (es decir, se encuentra atravesada por el género) y, en consecuencia, que la construcción de ciertas identidades puede influir en la percepción no solo de la práctica de deporte en cuestión, sino también de sus desenlaces, sobre todo en el caso de las lesiones. Este último aspecto se reflejaría en una serie de estrategias que van de la normalización del dolor durante una práctica deportiva hasta la despersonalización del dolor, es decir, el sentimiento de enajenación que se crea entre la identidad del deportista y el miembro corporal lastimado (White, Young y McTeer, 1995, pp. 168-172). Como sea, la manera en la que se vincula el deporte con la producción de la masculinidad (particularmente una masculinidad vigorosa y fuerte, capaz de vencer al rival) propician, en opinión de estos autores, esta falta de atención hacia la salud propia.

Sin embargo, creo que el análisis puede complejizarse, sobre todo si se considera lo que se ha dicho sobre el encuentro clínico desde una perspectiva fenomenológica. Ahora bien, las observaciones que están por seguir han de articularse con un estudio etnográfico que tenga en cuenta el desenvolvimiento del encuentro clínico desde la perspectiva de los hombres. De lo contrario, el análisis se arriesga a quedarse en una especulación que intenta hablar en nombre de la experiencia sin realmente acercarse a ella. Más aún, el análisis sobre las maneras en que se encuentran la vergüenza y la experiencia de la masculinidad en el encuentro clínico no

puede perder de vista otras condiciones que influyen en la experiencia del paciente, como son la enfermedad en concreto, la identidad del paciente — más allá del género— y otros hábitos suyos. Ejemplo de ello es otro estudio en donde los autores presentan el testimonio de hombres que tienen sexo con otros hombres, que viven con VIH y que dan cuenta de las dificultades a las que se enfrentan por su padecimiento, el uso de drogas, los roles de género y su orientación sexual (Batchelder *et al*, 2021, pp. 3-5). En este sentido, el desarrollo subsecuente ha de tomarse de manera hipotética: considerando las características que cierta fenomenología ha destacado como propias del encuentro médico, la renuencia de ciertos hombres a asistir a consulta, a tratarse y a recibir atención médica puede explicarse, en primer lugar, por las características de ese encuentro y, en segundo, por el sentimiento de vergüenza protectora que estructura su experiencia como hombres. A la descripción podrían añadirse otras condiciones que son atenuantes del sentimiento de la vergüenza protectora. En otras palabras, no es lo mismo asistir a una cita odontológica y ser juzgado por malos hábitos de higiene dental que hacerse una colonoscopia: el grado de exposición frente al especialista de salud y las creencias involucradas en ambas prácticas son distintas.<sup>4</sup>

Susan Kay Toombs se interesó en los obstáculos que pueden tenderse en el encuentro clínico debido a la diferencia de lugares desde los cuales el paciente y el especialista abordan la enfermedad. Por un lado, la enfermedad se presenta como un episodio disruptivo en la vida del paciente que exige una serie de cambios (algunos drásticos; otros, no tanto). Por su parte, el especialista ve al paciente, en primer lugar, como un conjunto de indicios que apuntan a un padecimiento en particular y, en segundo, como el individuo a quien ha de administrársele una serie de tratamientos con tal de resolver el problema que le aqueja (1987, p. 222). En años más recientes, esta perspectiva ha encontrado su acogida, a mi parecer, en los estudios que se acercan a la enfermedad desde la problemática de las injusticias epistémicas. No deseo abordar de lleno en esta cuestión; deseo solo retomar uno de sus aspectos, tal y como ha sido presentado por Havi Carel y, eventualmente, por Ian Kidd. Para Carel, el abismo que se tiende en la comprensión que tienen el paciente y el especialista de la enfermedad se debe a su manera de aprehender el cuerpo: mientras que los especialistas tienen una perspectiva del cuerpo en tercera persona —se trataría, sobre todo, de una entidad afectada, sufriente y portadora de una enfermedad—, el paciente tendría de él una vivencia en primera persona. Debido a la disparidad entre los dos órdenes del cuerpo, puede decirse que

---

<sup>4</sup> Un ejemplo de esto es un estudio que recopila entrevistas a 64 hombres afroamericanos y blancos, quienes cuentan qué hay de embarazoso en la realización de una colonoscopia. Entre las razones que aducen está el desagrado que produce la sensación de penetración (Winterich *et al*, 2008).

el paciente tiene una perspectiva privilegiada en la medida en que tiene un acceso de primera mano a la forma en que vive la enfermedad. El médico puede, sin embargo, subsumir el padecimiento del paciente en un punto de vista objetivo y perder de vista así la experiencia que el paciente tiene de la enfermedad, sobre todo cuando su conocimiento y experiencia se erigen en detrimento de la vivencia del paciente (2016, pp. 175-178). Este choque de perspectivas se encuentra al origen de varios problemas que rodean al encuentro médico, los cuales van desde la objetivación del paciente —esto es, tomarle como mera fuente de indicios sobre el padecimiento— hasta formas más explícitas de injusticia en las que el testimonio de la experiencia propia del paciente se ve descartado por no contribuir directamente al diagnóstico (Kidd y Carel, 2017). A lo anterior habría que sumar la relación asimétrica de poder en la que se encuentra el paciente frente al especialista. Como dicen estos dos autores: “estar enfermo física o mentalmente, [ser] dependiente de los otros para calmar el dolor [...] todas estas situaciones ponen al paciente en una situación de vulnerabilidad y dependencia que mina su confianza y capacidades sociales y epistémicas” (Kidd y Carel, 2017, p. 174).

La relación asimétrica entre paciente y médico me interesa particularmente por la forma generizada que la reviste. Marcia Villanueva ha acuñado así el término de galenidad para describir la profesión médica en términos masculinos (2023b). Como tal, la galenidad es una construcción identitaria que asumen los médicos a lo largo de su formación. Entre los atributos que Villanueva ha retomado para definir la galenidad, se encuentra el sacrificio —el hecho de que los estudiantes de medicina deban dedicar varios años de su vida a su profesionalización—, una objetividad racional y emocional y, finalmente, un carácter autoritario (2023a, pp. 39-40). Ahora bien, es la construcción de este carácter autoritario la que merece un comentario, pues requiere, como observa Villanueva en otro ensayo, de un ejercicio paternalista por parte de los médicos que vuelve inferiores y deshumaniza a los pacientes (2023b, p. 15). La identidad médica se trata, por consiguiente, de un ideal masculino al ser una figura racional, desvinculada y protectora que se refleja en reprimendas y actitudes condescendientes de parte del médico; el paciente, por el contrario, es una figura feminizada que se aprehende como irracional (2023b, pp. 16-22).

Hasta ahora, me he referido únicamente a las condiciones que dificultan el encuentro médico desde la perspectiva del especialista. ¿Qué pasa si el enfoque cambia y, en su lugar, se centra en el paciente? Es entonces pertinente traer a colación el género del paciente en cuestión. Como mencioné previamente, el género no es una identidad puntual; es, más bien, el resultado de una sedimentación de actos, creencias y expectativas sobre sí.

Si el espacio en donde se juega la masculinidad consiste en un desafío constante por el que uno se ve llamado a mostrar más hombría frente al otro; si, además, hay algo de valor en esta identidad que, precisamente, nos compele a no retroceder y a aceptar siempre la apuesta de nuestra hombría, podría aventurarse, en mi opinión, que el encuentro médico constituye una afrenta insuperable para ciertos hombres y que, en consecuencia, los sentimientos que se encuentran a él asociados —entre los cuales está, sin duda, la vergüenza— también constituyen un impedimento a la hora de buscar atención. El encuentro médico se volvería entonces una escena en donde los hombres “perderían de antemano”. A diferencia de lo que suele ocurrir en otros contextos de la masculinidad (como el juego, la conversación entre hombres), no habría en el encuentro médico un “contrincante” a quien mostrarle que las provocaciones y llamados a mostrarse como hombre no son otra cosa más que eso, provocaciones que, al final, terminan por revelarse como la ocasión para dar muestras de la propia hombría. Por el contrario, habría en la identidad del médico una figura masculina<sup>5</sup> que, en el despliegue de su autoridad en virtud del conocimiento que detenta, no puede prestarse a la comparación, al juego por el que uno muestra más hombría que el otro. Pareciera así que, en el encuentro médico, el especialista tiene siempre la última palabra. La vergüenza que he caracterizado como estructurante de la masculinidad serviría entonces como efectivamente protectora. En comparación a los otros encuentros en donde también se ostenta masculinidad, en donde la vergüenza motiva acciones y comportamientos en lugar de inhibirlos, las respuestas de ciertos hombres frente al encuentro clínico consistirían en estrategias que lleven a no exponerse, a renunciar a la consulta, a no atender el padecimiento y a subestimarlos.

## Conclusiones

En las líneas anteriores ofrecí una descripción del modo en que un aspecto de la masculinidad puede encontrarse estructurado por la vergüenza. Para ello, me serví, principalmente, del concepto de vergüenza protectora que propone Max Scheler. Extendí el alcance del concepto para referirme no a un episodio puntual de vergüenza, sino para aludir, más bien, a un tipo de sentimiento que nos lleva a desplegar estrategias de protección al concebirnos como individuos susceptibles de ser avergonzados. Dentro de mi argumento, el rol del cuerpo, entendido como órgano de nuestra voluntad que actúa no solo con base en voliciones sino también a partir de una historia sedimentada, fue importante. Fue con base en este

---

<sup>5</sup> Habría que preguntarse, sin embargo, si la escena se presenta tal cual cuando el especialista de salud es una mujer. Al respecto, el estudio de Villanueva dedica varias observaciones a las estrategias de neutralización de género que movilizan las trabajadoras de salud con tal de encarnar el rol de autoridad médica (2023, pp. 43-43).

desarrollo que propuse, en primer lugar, que la vergüenza protectora en la masculinidad funcionaría en cuanto sentimiento que inhibe ciertos comportamientos sin por ello dejar de propiciar otros, tal y como interpreté a partir del trabajo etnográfico de Guillermo Núñez. Ahora bien, si este es el caso en algunos contextos en donde la masculinidad se pone en juego, hay otros, como es el del encuentro médico, en donde los hombres no entran a la puesta en juego de su masculinidad; en donde prefieren no hacerlo porque, como señalaba más arriba, el juego “está perdido de antemano”. En otras palabras, e insisto en el carácter hipotético de mi observación, si puede haber hombres que tienen dificultades, en general, para cuidar de sí y, en concreto, para ir a consulta, puede deberse a que la figura del médico está revestida de una autoridad cuyo juicio se daría como invencible. De allí el impedimento que pueden tener algunos hombres a ir a consulta. Hay entonces una reflexión pendiente que concierne a la interacción entre los pacientes y los especialistas. Villanueva llama así a una nueva medicina (una de índole feminista) que no solo sea capaz de desmontar las creencias que, por parte de los especialistas, deshumanicen a pacientes; también insiste en su necesidad con tal de que los médicos mismos puedan desprenderse de las narrativas que revisten su profesión y que también terminan por deshumanizarlos (2023, p. 23). En este sentido, si la masculinidad puede presentarse como un obstáculo para ciertos hombres que requieren de servicios de salud, podría esperarse que se desarrollen aproximaciones que negocien entre la experiencia y conocimiento del médico. Estas aproximaciones podrían tomar como enfoque la vergüenza de la que pueden ser objeto los hombres, y buscar negociar (sin por ello reafirmar roles de género recalcitrantes) con ellos y su historia para facilitar la intervención médica. El punto estaría así en apartar la masculinidad que pueda revestir a la figura médica e incentivar así que los pacientes varones que puedan vivirla como una afrenta cuiden de sí.

## Bibliografía

- Batchelder, A. W, Foley, J. D., Kim, J, Thiim, A, Kelly, J, Mayer, K, O’Cleirigh, C. (2021). Intersecting internalized stigmas and HIV self-care among men who have sex with men and who use substances. *Social Science & Medicine*, 275. doi:10.1016/j.socscimed.2021.113824
- Butler, J. (2016). Rethinking Vulnerability and Resistance. En J. Butler, Z. Gambetti y L. Sabsay (Eds.), *Vulnerability in Resistance*, (pp. 12-17). Durham: Duke University Press.
- Butler, J. (2017). Cuerpos en alianza y la política de la calle. En *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea* (pp. 71-101). Bogotá: Paidós.
- Carel, H. (2016). ‘If I Had to Live Like You, I’d Kill Myself’: Social Dimensions of the Experience of Illness. En T. Szanto y D. Moran (Eds.), *Phenomenology of Sociality: Discovering the We* (pp. 173-186). Nueva York: Routledge.

- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), pp. 1675-1683. [10.1016/j.socscimed.2011.06.006](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006)
- Connell, R. (2000). *The Men and The Boys*. Australia: Allen & Unwin.
- Dolezal, L. (2022a). Shame Anxiety, Stigma, and Clinical Encounters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), pp. 854-860. doi:10.1111/jep.13744
- Dolezal, L. (2022b). The Horizons of Chronic Shame. *Human Studies*, 45(4), pp. 739-759. <https://doi.org/10.1007/s10746-022-09645-3>
- Husserl, E. (1979). *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Ediciones Paulinas.
- Husserl, E. (2005). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro segundo: investigaciones fenomenológicas sobre la constitución*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Kidd, I. J., Carel, H. (2017). Epistemic Injustice and Illness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), pp. 172-190. Doi: 10.1111/japp.12172
- Mann, B. (2014). *Sovereign Masculinity. Gender Lessons from the War on Terror*. Nueva York: Oxford University Press.
- Montes Sánchez, A. (2015). Shame and the Internalized Other. *Ética & Política / Ethics & Politics*, XVII(2), pp. 180-199.
- Núñez Noriega, G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. Ciudad de México: Porrúa.
- Nussbaum, M. (2004). *Hiding from Humanity. Disgust, Shame, and the Law*. Princeton: Princeton University Press.
- Scheler, M. (1987). "Shame and Feelings of Modesty". En *Person and Self-Value. Three Essays*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Sabo, D. (2000). Comprender la salud de los hombres. *Harvard Center for Population and Development Studies*. (Vol. 4). Pan American Health Org.
- Sobralse, M. C. (2006). Health Care Seeking among Mexican American Men. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(2), pp. 129-138. Doi: 10.1177/1043659606286767
- Steinbock, A. J. (2014). *Moral Emotions: Reclaiming the Evidence of the Heart*. Illinois: Northwestern University Press.
- Timbó de Paiva Neto, F., Fabrício Sandreschi, P., de Araújo Dias, M. S., & Roberto Loch, M. (2020). Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. *Salud Colectiva*, 16, 2250. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>
- Toombs, S. K. (1987). The Meaning of Illness: A Phenomenological Approach to the Patient-Physician Relationship. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 12(3), pp. 219-240.
- Villanueva, M. (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. *En-Claves Del Pensamiento*, 17(33), e608. Doi: 10.46530/ecdp.v0i33.608
- Villanueva, M. (2023a). Galenidad y masculinidad: semejanzas normativas, de performance y fenomenológicas. *Debate feminista*, 67, pp. 33-65. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2363>

- Young, I. M. (2005). "Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment, Motility and Spatiality". En *On Female Body Experience. 'Throwing Like a Girl' and Other Essays* (pp. 27-45). Nueva York: Oxford University Press.
- Winterich, J. A., Quandt, S. A., Grzywacz, J. G., Clark, P. E., Miller, D. P., Acuña, J., & Arcury, T. A. (2008). Masculinity and the Body: How African American and White Men Experience Cancer Screening Exams Involving the Rectum. *American Journal of Men's Health*, 3(4), pp. 300–309. doi: 10.1177/1557988308321675
- White, P. G., Young, K., McTeer, W. G. (1995). "Sport, Masculinity, and the Injured Body". En D. Sabo y D. F. Gordon (Eds.), *Men's Health and Illness. Gender, Power, and the Body*, (pp. 158-182). California: SAGE Publications.
- Zahavi, D. (2014). *Self and Other. Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*. Nueva York: Oxford University Press.

# Reducción del cuerpo vivido en el trastorno mental

*Stephanie Cordero*  
*Universidad Nacional Autónoma de México*

Recepción: 04/04/2024  
Aceptación: 23/08/2024

## Resumen

El objetivo del presente artículo es señalar cómo a través del reduccionismo de los individuos a sus cuerpos se han generado daños iatrogénicos que no solamente afectan a individuos particulares sino también al entorno en el que habitan. Esta serie de daños se incrementa cuando se trata el caso del trastorno mental. Mediante una crítica a la normalización del reduccionismo en el campo disciplinar de la psicología se destacan las implicaciones éticas sobre las personas, tales como el despojo del mundo de la vida y la subestimación de la experiencia subjetiva-existencial del paciente. Finalmente se propone que el análisis del trastorno desde la psicopatología fenomenológica puede ser una respuesta que mejore la calidad de vida de las personas ya que ésta no reduce su capacidad significativa.

**Palabras clave:** ALTERIDAD – PSICOPATOLOGÍA FENOMENOLÓGICA – ÉTICA – TRASTORNO MENTAL

## Abstract

The purpose of this article is to highlight how the reduction of individuals to their bodies has generated iatrogenic harms that not only affect particular individuals but also the environment in which they inhabit. This chain of harms increases when dealing with mental disorders. The ethical implications on individuals are underscored in this article by critiquing the normalization of reductionism in the disciplinary field of psychology. Two examples of these ethical implications on patients are the deprivation of their lifeworld or that their subjective-existential experience is underestimated. Finally, it is proposed that the analysis of disorders through phenomenological psychopathology could be a response that enhances the quality of life for individuals since it does not diminish their capacity for meaning.

**Keywords:** ALTERITY – PHENOMENOLOGICAL PSYCHOPATHOLOGY – ETHICS  
– MENTAL DISORDER

## **Resumo**

O objetivo do presente artigo é demonstrar como, por meio do reducionismo dos indivíduos aos seus corpos, têm-se gerado danos iatrogênicos que não apenas afetam indivíduos particulares, mas também o ambiente em que habitam. Essa série de danos aumenta quando se trata do caso do transtorno mental. Através de uma crítica a normalização do reducionismo no campo disciplinar da psicologia, destacam-se as implicações éticas sobre as pessoas, tais como a privação do mundo de vida e a subestimação da experiência subjetivo-existencial do paciente. Por fim, propõe-se que a análise do transtorno a partir da psicopatologia fenomenológica pode ser uma resposta que melhore a qualidade de vida das pessoas, uma vez que não reduz sua capacidade significativa.

**Palavras-chave:** ALTERIDADE – PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA – ÉTICA  
– TRASTORNO MENTAL

## Introducción

Lo que actualmente se conoce en términos populares como el espacio terapéutico es un concepto relativamente nuevo. Los campos disciplinares en los que está entrelazado, tales como la medicina o psiquiatría, son saberes que avanzan desmesuradamente según el uso y descubrimiento tecnológico en curso. Como disciplinas fácilmente moldeables enfocadas a tratar directamente con las personas, han causado daños éticos y morales, que al igual que su desarrollo avanzan y se modifican rápidamente. La velocidad de estos desarrollos disciplinares no justifica, en absoluto, el daño ético que han causado. Es por ello que necesitan del trabajo conjunto de comités de ética, de la inclusión de códigos y pautas de comportamiento, así como de documentos legales que faciliten la comunicación con los pacientes sobre los tratamientos a los que serán sometidos. No obstante, todas estas herramientas son fútiles si no hay una verdadera problematización sobre la dimensión de las implicaciones éticas con las que se está trabajando, de las causas y de los fines que un diagnóstico conlleva, así como de la relación entre psicólogo-paciente.

Una posible solución ante el trato naturalista de la psicología se encuentra en los análisis que aporta la psicopatología fenomenológica, ya que ésta, al concentrarse sobre la experiencia subjetiva de las personas con trastornos mentales, puede elaborar análisis que no sean patologizantes, que no deriven de normalidades estadísticas, ni que ejerzan reduccionismos sobre los cuerpos de las personas. En este sentido la psicopatología fenomenológica puede analizar el trastorno mental desde ejes como la afectividad, la estructura de la personalidad que ha generado cierto tipo de trastorno mental, o bien, como lo hace Thomas Fuchs, desde la perturbación del cuerpo vivido.

No obstante, al hablar de psicopatología fenomenológica tampoco se deben dejar de lado problemas éticos y políticos a los que se ven enfrentados los pacientes, incluso sin que se den cuenta, ya que son problemas tan entrelazados con las prácticas cotidianas que resultan invisibilizados por la estructura de la sociedad. En la base de esta problemática se encuentran los discursos de turno sobre lo que es considerado como *sano*, *enfermo*, *típico* o *atípico*, etc., porque de ello dependerá la serie de libertades o restricciones que funjan como posibilidades para que, a su vez, las personas sean capaces de moldear su individualidad o de ser moldeados.

Uno de los problemas que pueden ser invisibilizados por las dinámicas de racionalidad que permean en el ámbito de la salud son los efectos iatrogénicos que se generan en la relación psicólogo-paciente. Lo anterior está relacionado con el reduccionismo u objetivación de la persona a su cuerpo, y en consecuencia, con la falta de una visión amplia de la

psicoterapia que también contemple el mundo de vida de las personas que han sido determinadas con diversos trastornos mentales.

Históricamente, el reduccionismo de las personas a sus cuerpos ha estado alimentado, fundamentalmente, por dos factores: cambios simbólicos y dinámicas de racionalidad tecnológica que refuerzan cierto tipo de moldeamiento de la individualidad. En cuanto a los cambios simbólicos, Ivan Illich destaca en su libro “*Némesis Médica*” (1975) cómo el cambio en la concepción de la muerte dio paso a que el cuerpo pudiese convertirse en un simple objeto de estudio. Específicamente, la muerte destaca por su cercanía con lo que culturalmente se entienda por salud, enfermedad o dolor, pero especialmente por la necesidad de darle sentido a la existencia, de ahí que su campo semántico en lo que se refiere a la objetivación del cuerpo sea crucial para poder hablar de psicopatología fenomenológica. Actualmente se podría decir que parte de ese cambio simbólico está en la concepción del individuo en función de su rendimiento.

El segundo factor que alimentó el reduccionismo de las personas a sus cuerpos fueron los avances tecnológicos en el campo de la biología y la neurología, tales como las tecnologías de neuroimagen que ponen el centro de atención en el cerebro. Este cambio de paradigma contribuyó a crear un discurso en el que lo que se prioriza y lo que tiene valor es el cuerpo cuantificable, medible y observable.

Si bien esta serie de avances tecnológicos no representan daño en sí mismos, cuando están narrados como un tipo de justificación biológico-naturalista del trastorno mental es cuando se generan daños iatrogénicos. Ello se piensa de tal forma que el problema pasa de ser moral a ser meramente técnico. Es decir que desde la visión naturalista de la psicología y la psiquiatría, si hay un mal diagnóstico, éste no se debe a una mala práctica clínica sino a que, a partir de la justificación cientificista, haría falta investigación destinada a perfeccionar el estudio del cerebro. Este tipo de discurso es lo que se llamará una dinámica de racionalidad tecnológica, la cual se explicará en detalle en los siguientes apartados. Por ahora baste decir que consiste en que no hay errores morales sino técnicos, que se desenvuelven sobre el presupuesto de la ciencia como verdad irrefutable, y en que los errores derivados de ella son consecuencia de la falta de avance en investigación neurológica.

Para poder comprender el nivel de afección ética que supone el reduccionismo como un tipo de práctica normalizada en las disciplinas destinadas a la salud, es menester dar un ejemplo de cómo la depresión fue mutando según el contexto histórico y tecnológico. Este caso en particular, además, dará cuenta de cómo es que el mundo de la vida también va mutando de acuerdo con la reconceptualización de lo que se considere *sano o enfermo, normal o patológico, etc.*

## 1. Depresión

En este apartado se abordará el análisis de la depresión que hace Alain Ehrenberg para exponer cómo el discurso reduccionista en el ámbito de la salud mental llegó a cobrar la relevancia que actualmente tiene. Al mismo tiempo se presentará el estudio que hace Thomas Fuchs sobre la temporalidad en las personas con depresión. Cabe destacar que si se pueden enlazar ambos textos es porque para el primer autor la depresión es un modo de existencia y no una categoría clínica.

Para Ehrenberg, en “*La Fatiga de Ser Uno Mismo*” (1998), la depresión puede ayudar a comprender la individualidad contemporánea. Es así que el análisis de este trastorno arroja luz sobre cómo es que los modos de existencia dependen de las condiciones sociales que atraviesan las personas. En concreto, los modos de existencia como la depresión, que Ehrenberg describe en sus tres etapas. Para Fuchs, la depresión se conceptualiza según las dimensiones fundamentales de la existencia, las cuales son, sobre todo, *temporalidad y afectividad*. La relación de estas dimensiones es tal que se pueden constituir entre sí. En la afectividad se encontrarán categorías como estados de ánimo, emociones, sentimientos existenciales o dinámicas de conaciones, tal como indica el autor:

[...] el tiempo vivido también está constituido por las dinámicas de la *conación* —que significa motivación, esfuerzo, deseo o impulso—, las cuales generalmente están dirigidas hacia el futuro (por ejemplo, hacia la satisfacción de la sed, el hambre, el deseo sexual u otros objetivos de los impulsos). La conación también está influenciada por sensaciones de vitalidad corporal, tales como frescura, vigor o agitación, por un lado; y cansancio, agotamiento o apatía, por el otro lado. Estos estados corporales básicos están igualmente conectados con variaciones del tiempo vivido (como se observa, por ejemplo, al comparar la agitación con el letargo). (Fuchs, 2018, p. 2)

Es así como el mundo vivido necesariamente está compuesto por estados afectivos, los cuales dan cuenta de necesidades corporales que remiten al mundo natural y a la relación con los otros. Ello se entiende porque las conaciones, que forman parte de la afectividad, generalmente están orientadas hacia el futuro, y pueden abarcar impulsos, voliciones o estados de ánimo. Lo que se quiere destacar es que si los modos de existencia reposan tanto en la temporalidad como en la afectividad, y si la afectividad,

a su vez, parte de conaciones que están directamente relacionadas con la alteridad y las condiciones de posibilidad del entorno en que se encuentre la persona para poder satisfacer tal o cual urgencia, entonces el contexto social opera en niveles existenciales fundamentales para la constitución de la individualidad. De ahí que el análisis de las tres etapas de la depresión de Ehrenberg sea adecuado para abordar el problema fenomenológico de la relación psicólogo-paciente.

Para el sociólogo francés, la depresión se puede resumir como *el desplazamiento de la culpabilidad a la responsabilidad* (Ehrenberg, 1998). El cambio conceptual que se desarrolló a lo largo de tres décadas en Francia puede dar cuenta del cambio de significado con respecto al trastorno, así como del moldeamiento de la individualidad situada con respecto al horizonte de mundo. En concreto, no se ha de dejar de lado que si una categoría nosográfica cambia tanto, como ha sido en este caso, la causa no solamente radica en la confusión sobre a qué se le está llamando trastorno, sino también a la invención misma del trastorno. Ehrenberg detalla algunos ejemplos de los nombres que históricamente se le han asignado a la depresión: “Una de las particularidades de la depresión es que algún gran nombre, alguna obra clave no llegan a diferenciarla de la monomanía (Esquirol), de la histeria (Charcot, Janet y Freud), de la psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin), de la esquizofrenia (Bleuler)” (1998, p. 21). Este cambio conceptual se debe a transformaciones en la forma de producción dentro de la sociedad.

El análisis de la depresión que propone Ehrenberg comprende tres etapas. La primera está determinada por la década del 50, que estuvo marcada por la crisis que tuvo lugar en Francia después de la segunda guerra mundial. Lo que impera en ese momento es una sociedad disciplinaria en donde los límites entre lo prohibido y las restricciones están bien delimitados. Por otra parte hay mecanismos de obediencia a poderes externos al individuo, tales como la religión o el estado. Dentro de este contexto, para 1950 el sujeto con depresión se vive como enfermo con una patología de la desdicha. Sin embargo, esto no permanecería estático por mucho tiempo debido al cambio social que era cada vez más evidente. El cambio de estructura social hace que la regulación entre los límites del individuo y la sociedad se reduzcan, de tal forma que el individuo genera la necesidad de inventar hábitos para enfrentarse a la nueva estructura de la realidad.

La segunda etapa se centra en 1970, década en la que Ehrenberg destaca un cambio de configuración del individuo, ya que se ha llegado al quiebre de la alianza en donde los valores de lo prohibido son modificados. Dicho quiebre alcanzará su máxima expresión en esta década donde la depresión se establece como una patología del cambio de personalidad:

La depresión saldrá del campo médico sin que ninguna innovación farmacológica se convierta en el vector de su expansión, pero en un contexto en el que la emancipación condujo a un cambio de lugar de lo prohibido, la culpabilidad se disimula en el mismo período de ascenso de la responsabilidad. Se convierte entonces en una enfermedad de moda mucho antes de que sean lanzados al mercado los antidepresivos de tipo *Prozac*, mucho antes también de que nuestra sociedad sucumba al pesimismo de estos días. La depresión aparecerá entonces, no como una patología de la desdicha, sino como una patología del cambio, la de una personalidad que busca ser solamente ella misma: la seguridad interior será el precio de esta liberación. (Ehrenberg, 1998, p. 19-20)

Nótese que se habla de la depresión como una enfermedad de *moda*, lo cual no significa que hubiese una voluntad explícita por parte de las personas a ser partícipes del trastorno, sino a la reproductibilidad mediática del mismo, y por lo tanto a la identificación con características típicas del trastorno.

Ante dinámicas sociales sobre el trastorno en la modificación de la individualidad surge la pregunta de hasta qué punto la conformación de sí depende de la autonomía del individuo, y hasta qué punto se ve influenciada por el entorno y por la relación con la alteridad. Para Ehrenberg, en este momento la crisis social pasa de ser externa a internalizarse, movimiento que da paso a una nueva configuración del individuo que seguirá avanzando hasta la siguiente etapa.

La tercera etapa sobre la depresión descrita por Ehrenberg corresponde a la década de 1980. Es un momento significativo para el moldeamiento del trastorno y de la individualidad porque el jefe de empresa se establece como un modelo a seguir. En consecuencia, se invita al sujeto a conquistar su identidad personal y se enseña que el éxito social se alcanza a través de la iniciativa:

En la empresa, los modelos disciplinarios de gestión de los recursos humanos (taylorismo y fordismo) retroceden ante el avance de normas de gestión que incitan al personal a comportamientos autónomos y reducir las jerarquías. *Management* participativo, grupos de expresión, círculos de calidad, etc., constituyen las nuevas formas de ejercicio de autoridad, orientadas a inculcar el espíritu de empresa a cada asalariado. Los modos de regulación y de dominio de la fuerza de trabajo se apoyan menos sobre la obediencia mecánica que sobre la iniciativa: responsabilidad, capacidad de

evolucionar, de proponer proyectos, motivación, flexibilidad, etc., diseñan una nueva liturgia del mercado laboral. La constricción impuesta al obrero ya no es la del hombre-máquina empleado en un trabajo repetitivo, sino la de un empresario de su trabajo flexible. (Ehrenberg, 1998, p. 221)

En esta tercera etapa del análisis de la depresión se concibe al individuo como insuficiente. La depresión se caracteriza como un atasco de acción, y la iniciativa individual se convierte en la medida de la persona, es por eso que Ehrenberg recalca que “[la depresión] se presenta como una enfermedad de la responsabilidad, en la cual domina el sentimiento de insuficiencia. El deprimido no está a la altura, está cansado de haberse convertido en sí mismo” (1998, p. 12). En este punto ya es claro cómo es que se llevó a cabo el desplazamiento de la culpabilidad a la responsabilidad.

Este análisis de la depresión como punto fundamental para comprender la individualidad, actualmente contribuye a esclarecer por qué lo que opera en la depresión para el ámbito clínico está directamente ligado con la funcionalidad de la persona con respecto a sí misma y a su entorno, a lo cual se añade que es un trastorno que se engloba dentro de los trastornos del estado de ánimo, puesto que lo que se altera es la capacidad afectiva del paciente tanto en intensidad como en temporalidad. Específicamente, en la quinta edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (2014), (DSM-5 por sus siglas en inglés), se caracteriza a la depresión de la siguiente manera:

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo [...] El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (APA, 2014, p. 155)

Como se puede notar en la descripción, si bien el factor desencadenante es una parte de lo que para Fuchs es la estructura afectiva<sup>1</sup> del

---

<sup>1</sup>Al utilizar el término “*estructura afectiva*” se quiere rescatar la definición de Thomas Fuchs, quien sostiene que la afectividad es una de las dimensiones fundamentales de la existencia, la cual se compone de categorías tales como estados de ánimo, emociones, sentimientos existenciales o dinámicas de conaciones. En estas categorías entran los estados de ánimo, tal como son nombrados en la cita al DSM-5, aunque ello no significa que el DSM-5 tenga la misma descripción de lo que son los estados de ánimo.

individuo, lo que determina que el trastorno sea un problema desde el punto de vista clínico es que esta disrupción del estado de ánimo se salga de la norma de la *funcionalidad*, lo cual recuerda la definición de la depresión como perteneciente a un individuo *insuficiente*, que no está a la altura de producción que se demanda.

Para Ehrenberg, la tercera etapa de la depresión, que comienza en la década del 80, consiste en caracterizar el trastorno como un *atasco de acción*. En el análisis de esta etapa, la importancia de la crisis interna del individuo pasa a segundo plano, como también su configuración con base en las posibilidades que ha ganado a partir del entorno social en el que se mueve, y simultáneamente, también la estructura de su disposición afectiva. En cambio, la conceptualización de la depresión solamente estará dirigida a qué tanto el individuo puede rendir dentro de un sistema fuertemente dirigido por el consumo y a qué grado de *optimización de sí mismo*<sup>2</sup> es capaz de llegar.

Las nociones que se originan como paralelas a la tercera descripción de la depresión son las de *proyecto*, *motivación* y *comunicación*, como ejes que determinarán cómo tiene que ser la nueva individualidad. Dichas nociones se vuelven tan comunes en la sociedad que se instauran como metas a seguir, las cuales van desde la vida privada hasta los estándares mínimos en la gestión de empresas o las políticas de reinserción social. Si estas características se vuelven el estándar y el tipo de individualidad que se desea lograr, entonces habrá contrastes cada vez más sustanciales entre lo que el individuo deprimido *es* y lo que *desea ser*. En otras palabras, el deprimido, en términos de atasco de acción, no está a la altura de un sistema de producción que le pide cambiar por completo su propia individualidad en favor de la productividad a la que se le pide llegar.

Para Thomas Fuchs, la idea de Ehrenberg sobre el desarrollo del trastorno basado en un contexto social que exige una rápida adaptación a un entorno totalmente desconocido es un tipo de *vulnerabilidad existencial*, en la medida en que supone una nueva estructura existencial<sup>3</sup> que contiene la pérdida de significado del mundo y de los otros. Sin embargo, fenomenológicamente, para Fuchs las condiciones sociales de aceleración que tienen por objetivo la optimización del sí mismo reflejan un tipo de desincronización tanto de la vida intersubjetiva como del cuerpo de la persona

<sup>2</sup> El concepto de *optimización de sí* se tratará concretamente en el siguiente apartado. Baste decir por el momento que una de sus características primordiales es que deja de ser una imposición, como podría encontrarse en otros conceptos dentro de la sociedad disciplinaria, para pasar a ser una autoimposición del individuo caracterizada como un deber.

<sup>3</sup> Retomando a Fuchs (2018), la estructura existencial estará constituida por la *temporalidad* y la *afectividad*. Ambas conformarán el mundo de la vida en el que, siguiendo el concepto de *intencionalidad* en Husserl, también se incluirá su relación directa con el mundo natural y con la alteridad.

con depresión. Sobre la desincronización del cuerpo afirma lo siguiente:

El cuerpo vivido ya no es un medio transparente en la relación de uno con el mundo, sino que aparece como una carga u obstáculo. Los pacientes experimentan sus funciones corporales como ralentizadas o bloqueadas; en casos extremos, esto culmina en un estupor depresivo, en el que se combina una pérdida de la conciencia, una petrificación del cuerpo y la detención del tiempo experimentado. La base de esto es la convergencia del cuerpo vivido y el tiempo vivido en las dinámicas conativas primarias de la vida. (Fuchs, 2018, p. 6)

En esta descripción se hace patente la divergencia entre el cuerpo y su *intencionalidad*, ya que no hay un dirigirse *hacia las cosas mismas* porque las condiciones materiales de un aspecto de la constitución del sí mismo -es decir, el cuerpo orgánico-, se experimentan como extrañas; se genera una contradicción interna que resuena en la estructura afectiva del individuo. En este sentido, la desincronización del cuerpo vivido es una descripción más profunda de lo que Ehrenberg ha definido como atasco de acción. Ambas describen un aspecto del análisis sobre la depresión, ya sea desde la conceptualización del trastorno por factores que exceden justificaciones de corte puramente naturalista, o desde un análisis fenomenológico. Al mismo tiempo, ambas concepciones se verán reflejadas en la práctica impersonal de la psicoterapia que está al servicio de la funcionalidad.

Para el caso de la desincronización intersubjetiva Fuchs sostiene que “[los pacientes] ya no son movidos o afectados por cosas, situaciones u otras personas, incluso sus familiares. Dolorosamente experimentan su falta de vida y rigidez en contraste con la dinámica de la vida que continúa a su alrededor” (2018, p.7). Este tipo de desincronización causa sufrimiento y auto-alienación porque la falta de comunicación o de entendimiento, según Fuchs, se puede entender como una despersonalización afectiva ya que lo que está de base en el intercambio con el otro es la empatía (Fuchs, 2018). Ante esta experiencia se abre la pregunta de cómo es posible aceptar el sufrimiento en una sociedad que fundamentalmente se caracteriza por su aceleración y, sobre todo, si en la desincronización intersubjetiva podría haber un espacio para que el individuo con depresión pueda tener una brecha menor.

Esta serie de contrastes estarán reforzados por la alteridad, de tal forma que se generará una dinámica donde se pondrán en juego conceptos que puedan polarizar la afectividad de la persona deprimida para conducirla, o bien a una reintegración de aquello que puede volver a significar bajo una

lógica de resistencia, o bien a lo que Karl Jaspers, citado por Fuchs, llama una *situación límite*, la cual consiste en que “[...] las expectativas y suposiciones fundamentales sobre sí mismo y el mundo resultan ser ilusorias” (2018, p. 4). Es decir que el otro es aquel punto de anclaje donde se puede llevar a cabo una reintegración del mundo de la vida, o bien su máxima desintegración. Este tipo de relación intersubjetiva se vuelve aún más polarizada cuando además se establecen etiquetas como la de *paciente* y *profesionales de la salud*.

Uno de los espacios donde se puede constatar esta tensión es en el encuentro psicoterapéutico. No obstante, antes de poder abordar este tipo de experiencia es necesario describir cuáles son las dinámicas de racionalidad en las que descansan las directrices de reducción de los individuos a su cuerpo cuantificable.

## **2. Dinámicas de Racionalidad Tecnológica**

El concepto de optimización de sí mismo es descrito por Friedrich de la siguiente manera: “[...] *la optimización de sí mismo (Selbstoptimierung)* trata de explicar todos esos procesos por los cuales los esfuerzos racionalizadores se internalizan en la gestión propia de la vida” (2018, p. 15). Dicho concepto es el resultado de una sociedad en donde el sistema económico es privilegiado a tal punto que la aceleración de producción se traslada a la individualidad y al modo en cómo ésta se configura en torno a la funcionalidad. Al mismo tiempo el concepto de funcionalidad puede ser un parteaguas para el diagnóstico clínico.

En concreto, la optimización surge de la configuración de un tipo de individualidad que se pueda observar: “[las personas] relacionaban su éxito social —mayor prosperidad y aumento de reconocimiento— con algo fácil de determinar, algo claramente cuantitativo: el rendimiento” (Friedrich, 2018, p. 120). En consecuencia, la optimización de sí mismo ya no es el resultado de una sociedad disciplinaria, como sucedía en la primera etapa de la depresión descrita por Ehrenberg, sino que el giro de la nueva individualidad precisamente subyace en que el deseo por la optimización es autoimpuesto. La individualidad se ha reconfigurado a tal grado que se vive una normalización de la cuantificación del cuerpo propio, al mismo tiempo que se relega aquello que no está sujeto a pasar por el escrutinio empírico. En otras palabras, el cuerpo cuantificable se convierte en el principio de identidad.

No es coincidencia que la individualidad se identifique con el rendimiento, pues en la dinámica social de producción no solamente se parte de la funcionalidad como uno de los ejes clave, sino también de la sobreproducción de mercancías. Es importante destacar que si la mercancía para el

sistema de producción es la fuerza de trabajo del individuo, para el ámbito de la salud, la mercancía será el lucro de la vida afectiva del individuo a costa de la cuantificación de su cuerpo. En esta dinámica social los cuerpos son fácilmente reemplazables ya que no hay un valor interior<sup>4</sup>, pues lo verdaderamente valioso dentro de esta dinámica concreta de racionalidad se reduce a lo meramente estadístico.

Tal movimiento es posible gracias a que hay un tratamiento específico del tiempo en el que se reconfiguran los espacios sociales, mediante la adaptación de costumbres nuevas que fomentan que el individuo esté generando proyectos y siempre en comunicación. Tal necesidad de producción lleva a la configuración de la individualidad a necesitar de herramientas que se lo permitan corporalmente, lo cual posteriormente se verá reflejado en lo que Ivan Illich llama la *medicalización de la vida*<sup>5</sup>:

La medicalización de la vida se manifiesta como la intrusión de la asistencia a la salud en el presupuesto, la dependencia respecto de la atención profesional y como el hábito de consumir medicamentos; también se manifiesta en la clasificación iatrogénica de las edades del hombre. Esta clasificación llega a formar parte de una cultura cuando la gente acepta como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su climaterio o en edad avanzada. Cuando esto ocurre, la vida se convierte de una sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos. Entonces cada edad demanda su propio ambiente salutar: de la cuna al sitio de trabajo, al asilo de jubilados y a la sala de casos terminales. (1975. pp. 53-54)

---

<sup>4</sup> Es decir que la conceptualización de los individuos llega al punto de solamente pensarlas en términos de aquello que pueda ser observable y medible. En una sociedad de rendimiento, los cuerpos adecuados para la empresa serán aquellos que tengan mayores índices de producción. En el espacio de la salud los cuerpos que puedan recibir un diagnóstico y tratamiento serán aquellos que expresen signos y síntomas específicos. Bajo esta lógica todo aquello que no cumpla los parámetros de medible y observable será despreciado. Es así como el mundo de la vida y el campo de la reflexión se relega a un segundo o tercer plano.

<sup>5</sup> El rendimiento se establece como un objetivo compartido tanto para el sistema que abusa de este recurso como para el individuo que ha sido moldeado para tal fin. Se debe tener en claro que el rendimiento, a su vez, depende del sistema de producción en curso. En el área de la salud, las consecuencias de este sistema sobre la vida de los pacientes dependen de las dinámicas de racionalidad tecnológica.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, la *supermedicalización* o *sobremedicalización* es el fenómeno de la optimización de sí mismo que siempre está sujeto dentro del discurso de la reducción de su cuerpo a lo meramente cuantificable, ya que el objetivo primordial es el rendimiento<sup>5</sup>. Como se puede notar, para Illich la medicalización de la vida es un concepto que no solamente está referido al ámbito de salud sino a todas las etapas de la vida. Sin embargo, lo que se quiere destacar es el tipo de discurso que se asume en esta dinámica, el cual es el del discurso impersonal. Es en estos términos que la medicalización de la vida obedece a una *forma concreta de racionalidad* que se presenta como un “se” impersonal que se mueve en una sociedad sin autores específicos, y que a su vez causa efectos en lo que se considera como normal o patológico.

Un complemento importante que formó las dinámicas de racionalidad tecnológica y que, a su vez, condujo a la normalización de la naturalización del cuerpo en el ámbito de la salud mental, consistió en tratar de dar un diagnóstico que incluyera un criterio biológico. La necesidad de instaurar una medida biológica al diagnóstico se origina, precisamente, en la ambigüedad nosográfica de los trastornos mentales, tal como se vio en el caso de la depresión.

Para las disciplinas dedicadas al estudio de la psicopatología, el problema era que el diagnóstico dependía en gran parte de la experiencia del responsable de turno, lo cual ocasionaba que los diagnósticos tuvieran un amplio espectro de diferencia entre sí. Para la psiquiatría, en su dedicación al estudio del cerebro, el problema era similar pues no se entendían las razones del funcionamiento de los fármacos o los factores diferenciales entre un trastorno y otro.

Tal visión fue inaugurada por el psiquiatra Emil Kraepelin, quien es conocido por sus aportes al estudio y clasificaciones de los trastornos mentales. El autor defendía que la psiquiatría debería tener la misma metodología que las ciencias naturales, apuntando con ello hacia un enfoque reduccionista del cerebro. Sin embargo, la influencia de este tipo de psiquiatría reduccionista y naturalista no tuvo impacto sino hasta que los neo-kraepelianos pudieron incorporar la medida biomédica al DSM. Tal como lo describe Richard Bentall:

Spitzer [un neo-kraepeliano] reconoció que la falta de criterios claros a la hora de definir los trastornos psiquiátricos más importantes era un impedimento de cara al desarrollo de un enfoque biomédico racional para el tratamiento de la enfermedad mental, y tuvo un destacado papel en lo que fue quizás el principal logro de los neo-kraepelianos: la creación de un nuevo enfoque para el diagnóstico psiquiátrico, descrito en la tercera edición del “Manual

Diagnóstico y Estadístico” (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en 1980. (2008, p. 145)

Según Bentall, en el origen de la disputa se encontraba el psiquiatra Emil Kraepelin, quien trataba de dar un fundamento biológico a la anormalidad argumentando que el cerebro de los pacientes psiquiátricos debía ser diferente al cerebro de los pacientes no psiquiátricos. Para Kraepelin la respuesta era afirmativa, aunque no tenía ninguna evidencia que probara su teoría (Bentall, 2014). No obstante, años después, con el avance tecnológico en investigación en el campo de la biología y la neurología, los neo-kraepelianos obtuvieron presuntas bases para sostener que había una diferencia orgánica entre los cerebros de los pacientes psiquiátricos y los de los no psiquiátricos. En concreto, el avance tecnológico fue la resonancia magnética funcional (IRFM, por sus siglas en inglés), de la cual es importante explicar su funcionamiento básico:

En los últimos tiempos, la tomografía axial computarizada ha sido superada por una nueva tecnología conocida como *imagen por resonancia magnética* (irm). En esta técnica se expone el cuerpo a un intenso campo magnético y luego se le transmiten ondas de radio que hacen que el propio cuerpo emita a su vez otras dichas ondas que son decodificadas para proporcionar una imagen tridimensional y más detallada de los órganos internos. En una variante de esta técnica, conocida como *imagen por resonancia magnética afuncional* (irmf), no solo es posible medir la estructura del cerebro sino que se puede identificar qué regiones de éste son las que requieren más sangre oxigenada cuando un individuo realiza diferentes tareas. Esta *respuesta dependiente del nivel de oxígeno en la sangre* (bold, por sus siglas en inglés) se recoge en forma de mapa que muestra qué áreas del cerebro son más activas cuando el individuo lleva a cabo una tarea concreta, en contraste con otra. El uso meticuloso de esta técnica está permitiendo a los psicólogos entender cómo trabajan al mismo tiempo las diferentes regiones del cerebro para generar nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. (Bentall, 2014, pp. 261-262)

Las diferencias en el cerebro de pacientes psiquiátricos que ahora eran constatables gracias a la IRFM fueron lo que terminó de darle validez al discurso de la psiquiatría reduccionista, y que después se trasladó a la psicología. No obstante, para muchos filósofos esta supuesta prueba seguía careciendo de valor. Algunas de las razones para

rechazarla fueron las siguientes: 1) lo que se estudia en la IRFM son medidas indirectas, es decir que lo que se mide es el nivel de oxígeno en sangre y no una relación causal de los pensamientos, sentimientos y acciones en el cerebro; 2) no se toma en cuenta que pueda haber lesiones genéticas desde el nacimiento, sino que lo que se observa ya implica un sesgo de los datos que sí pueden ser verificables contra el grueso de la población que se necesitaría estudiar para tener una medida de comparación; 3) no se toman en cuenta los eventos contextuales que pudieran alterar la estructura del cerebro tales como trauma, victimización, abuso sexual, etc.

Específicamente se desea poner el acento en esta última crítica, ya que pone en evidencia que reducir al individuo a su descripción cerebral puede causar daños éticos de gran envergadura. Bentall describe que halló similitudes en el cerebro de personas con psicosis y de personas que habían sido víctimas de abuso sexual:

[...] el cerebro de personas que han sufrido de abuso sexual en la infancia, comparado con el cerebro del resto, muestra un volumen menor en el hipocampo y del cuerpo caloso, una alteración en la simetría de los lóbulos frontales, y una densidad neuronal menor en el cíngulo anterior, regiones todas ellas que han sido relacionadas con la psicosis en un momento u otro. (Bentall, 2014, p. 266)

Esto conduce al problema de revictimizar a las personas adjudicando un trastorno que en su caso no existe, solamente por una serie de coincidencias cerebrales. El problema es aun mayor cuando parte del diagnóstico implica la toma de medicamentos psiquiátricos que alteran el cuerpo de las personas.

Las razones exhibidas demuestran que no hay una base biológica que marque la distinción entre un cerebro de pacientes psiquiátricos contra aquellos que no lo son. Por lo tanto es un fallo sustancial el intento de la psiquiatría de ejercer un reduccionismo cerebral. Sin embargo, este es un tipo de discurso que conviene a los modos de producción del capital.

La supuesta base biológica de los trastornos mentales es un tipo de dinámica de racionalidad tecnológica que marcó el camino para que, sobre todo la industria farmacéutica diera la pauta para afirmar que los trastornos mentales se pudieran justificar como *enfermedades biológicas*, como si algo mental, en efecto, se pudiera tratar del mismo modo que una enfermedad médica como lo es el cáncer o la diabetes. Este cambio de conceptualización lleva a la individualidad a reducirse a la optimización

de su cerebro, lo cual contiene implicaciones éticas notorias que ya eran evidentes para filósofos como Thomas Szasz.

En su publicación más importante, un artículo de 1960 titulado “El mito de la enfermedad mental”, Szasz hacía notar que la simple idea de enfermedad mental es incoherente porque el término *enfermedad* implica una patología física, mientras que no podía encontrarse ninguna patología en el cerebro de los pacientes psiquiátricos (Szasz, 1960). La controversia radica en que para el caso de un trastorno mental no hay una causa biológica como podría ocurrir, por ejemplo, en el caso del cáncer. Teniendo en cuenta lo expuesto, usar un término tal como *enfermedad mental* es incorrecto porque asume que de hecho hay una causa biológica del trastorno. Es así como la falacia de la psiquiatría fue tratar de demostrar que existen las *enfermedades mentales*.

Ahora bien, el privilegio que obtiene el empirismo obedece a una de las dinámicas de racionalidad tecnológica que, a su vez, obedeció al establecimiento de lo cuantificable como criterio de verdad. Es así como el reduccionismo del cuerpo y la propagación del trastorno entendido como supuesta enfermedad mental alcanzan su cúspide cuando se incorpora la medida biomédica al DSM-3, como base para dar un diagnóstico psicoterapéutico. Con esta incorporación el diagnóstico clínico se toma como una medida confiable, pues se pretende que hay una base biológica de fondo. A su vez, la industria farmacéutica cobra cada vez mayor relevancia en la intervención de trastornos que todavía no son bien definidos.

En suma, las dinámicas de racionalidad tecnológica sobre lo psicopatológico se describen aquí como discursos impersonales que están entrelazados con las condiciones sociales de producción, que, a su vez, generan ciertos tipos de individualidad deseables<sup>6</sup> y que se instauran como aparentemente funcionales debido al uso de avances tecnológicos como fundamento empírico. En base a esta serie de discursos se considerará qué es lo normal o patológico dentro de cada estructura social particular.

---

<sup>6</sup> El aspecto crucial sobre los distintos tipos de individualidad deseables es que éstas pueden caer en trastornos mentales. Es así como la propuesta es que no todos los trastornos mentales tienen una base biológica, sino que muchos de ellos dependen de las condiciones sociales a las cuales se tienen que enfrentar los individuos. Algunos autores que sostienen esta tesis son Alain Ehrenberg, Darian Leader o Thomas Fuchs. Para Leader la bipolaridad fue el tipo de trastorno que se comenzó a establecer en la década de 1990 ya que la manía, una parte fundamental del trastorno, encajaba bien con el modo de hiperproducción de la sociedad (2015). En cambio, para Fuchs, el trastorno límite de personalidad entendido en uno de sus aspectos como la fragmentación de las narrativas de identidad, podría incluir un factor social: “[...] la rápida disolución de la estructura de familia tradicional y los roles en la sociedad post industrial, resultado de biografías fragmentadas, [y] la crítica post modernista al concepto tradicional de persona como ser” (2007, p. 381).

En este sentido, si bien el campo de acción donde puede intervenir la psicopatología fenomenológica es la relación del paciente con su mundo de vida y la consideración de su cuerpo orgánico, es importante contemplar también cuáles son las condiciones naturales del mundo en las que está situado. Tal es el enfoque de la fenomenología crítica. Zahavi y Loidolt (2022) rescatan el trabajo crítico a la psiquiatría reduccionista de Jaspers y Minkowski. Para éstos últimos, desde su postura fenomenológica enfatizan el carácter existencial que debería ser parte del trato terapéutico. Para Jaspers la psiquiatría solamente podría progresar si también consideraba la perspectiva experiencial del paciente (Jaspers, 1963). En la misma línea, para Minkowski los síntomas que se puedan presentar en distintos trastornos solamente denotan la superficie del mismo (1970).

Tal como se ha tratado de hacer notar, los discursos más cercanos al reduccionismo del cuerpo favorecen el modo de producción del individuo, ya sea por la rapidez del consumo y el énfasis en la funcionalidad. Ciertamente este tipo de racionalidad tecnológica no considera la experiencia vivida del paciente. Es en este sentido que se destacan las descripciones del mundo de la vida llevadas a cabo en la fenomenología. Si bien la psicopatología fenomenológica ha logrado distintos tipos de análisis centrados en dimensiones como la temporalidad, espacialidad, corporeización, afección, identidad e intersubjetividad, el enfoque para el siguiente apartado solamente rescatará esta última dimensión.

### **3. Experiencia Subjetiva en la Relación Psicólogo-Paciente**

La perspectiva biomédica de los trastornos mentales no es la única perspectiva que existe en psiquiatría o psicología, pero a pesar de ello es una tendencia moderna en el área de salud mental. Que este tipo de discurso resulte un tipo de verdad impersonal que es asumido culturalmente, causa, indudablemente, daños éticos en varios niveles y genera preguntas fundamentales sobre el rol de lo que significa la salud mental.

Los daños éticos se pueden ver reflejados a nivel estructural-cultural en daños iatrogénicos sobre la forma de atención desde los sistemas de salud (Illich, 1975). La medicalización de la vida es parte de este fenómeno. En última instancia se rige mediante la visión de que el cuerpo que puede ser estudiado es el cuantificable mediante una serie de síntomas y signos. De ahí derivan otros problemas a nivel significativo del paciente, tales como *vulnerabilidad existencial*, estigmatización, alienación, reconfiguración, pérdida de su mundo de la vida a partir de *situaciones límite* y el sentido del sufrimiento, entre otros. Por otra parte, el problema de los daños en la autonomía del paciente también es fundamental. Si bien

abordar todos estos temas es un trabajo arduo, desde la fenomenología hay una amplia literatura dedicada a su análisis conceptual. Los matices entre cada uno de los enfoques variarán dependiendo del contexto en que se circunscriban. En este apartado se tratará de dar una perspectiva ética sobre la experiencia subjetiva en la relación psicólogo-paciente.

Para Rosfort la ética no puede estar separada de la psiquiatría, pues uno de los ejes fundamentales debe ser el cuidado del paciente. El reto para esta disciplina es atender al paciente sin reducirlo a su cuerpo, en este sentido

el cuidado y el reconocimiento del paciente como persona se han convertido en partes integrales de la práctica médica contemporánea, pero cómo cuidar concretamente del sufrimiento de una persona sigue siendo un desafío al que los profesionales de la salud se enfrentan a diario. (Rosfort, 2018, p. 2)

Precisamente gran parte de la problemática contemporánea se centra en cómo se tiene que ejercer el cuidado, cómo no romper con los principios éticos de *beneficencia*, *no maleficencia*, *justicia* y *autonomía*<sup>7</sup> cuando se trata de situaciones complejas, y en especial cuando se trata de casos de trastorno mental.

Específicamente, el principio de autonomía se vuelve complejo porque implica una formación consciente del individuo. Es decir, de un sujeto que mediante una narrativa de identidad determinada ha recolectado el contenido de sus experiencias que le parece más significativo para poder conformarse de tal o cual manera. No obstante, el ejercicio de una persona por poder tener una narrativa de identidad puede ser una tarea compleja.

Sin ir más lejos, Gallagher propone una serie de elementos cognitivos que contribuyen al desarrollo de la competencia narrativa: “hay cuatro contribuciones importantes que actúan como condiciones necesarias para su desarrollo adecuado [de la competencia narrativa] (no patológica): la capacidad para la ordenación temporal, capacidad para la autorreferencia mínima, memoria episódica y autobiográfica, y capacidad para la metacognición” (2007, p. 66). En el caso de un trastorno mental estas condiciones

---

<sup>7</sup> Esta serie de principios se expusieron por primera vez en el libro de Beauchamp y Childress *Principios de ética biomédica*. La intención de dichos principios no fue usarlos a modo de manual, sino que fueron planteados como exposición crítica para que, en este caso los profesionales dedicados a la medicina pudieran tener un panorama amplio para ejercer decisiones éticas. No obstante, estos principios se han difundido en todos los ámbitos relacionados con la salud.

no se cumplen necesariamente, lo cual supone problemas éticos sobre la autonomía que se les concede a estas personas.

A ello se debe sumar la estructura de poder que existe en un espacio psicoterapéutico con pacientes que además son psiquiátricos. Es así como la experiencia subjetiva deriva, fundamentalmente, en alienación existencial. Es decir que al estar en un espacio influido por las dinámicas de racionalidad tecnológica y en donde, además, el profesional de la salud solamente se enfoca en la superficie de los problemas que llevaron al trastorno mental, esta persona se ve despojada de su mundo de significación.

Finalmente, la pregunta sigue siendo cómo incorporar la visión que propone la psicopatología fenomenológica a un ambiente práctico y estructurado delineado por las ciencias naturales, que además está sujeto a un sistema de producción donde se favorece la funcionalidad sobre las estructuras de la existencia. Por otra parte, igualmente graves son los daños iatrogénicos que se causan en espacios destinados a la salud mental. Es decir, cómo lidiar con que el objetivo de la serie de técnicas psicológicas sea el de causar un bien, cuando la estructura bajo la que están planteadas no deriva en esta supuesta beneficencia, sino que solamente se reduce al bien en términos de funcionalidad. Si bien no hay una única respuesta clara sobre la incorporación de los análisis en psicopatología fenomenológica a la práctica clínica, sí es destacable su valor ético en el trato existencial del paciente.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- Bentall, R. (2014). *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder Editorial.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Ediciones Nueva Visión.
- Friedrich, S. (2018). *La sociedad del rendimiento: Cómo el neoliberalismo impregna nuestras vidas*. Katakak liburuak.
- Fuchs, T. (2018). The life-world of persons with mood disorders. En G. Stanghellini et al. (eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 617-633). Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379-387.
- Gallagher, S. (2007). Pathologies in narrative structures. *Royal Institute of Philosophy Supplements*. 60, 65-86.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

- Jaspers, Karl. (1963). *General Psychopathology*. Hamilton Chicago: University of Chicago Press.
- Leader, D. (2015). *Estrictamente bipolar*. Madrid: Sexto Piso.
- Minkowski, Eugène. (1970). *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*. Evanston: Northwestern University Press.
- Rosfort, R. (2018). Phenomenological Psychopathology and Psychiatric Ethics. En G. Stanghellini et al. (eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 972-986). Oxford: Oxford University Press.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American psychologist*, 15(2), 113.
- Zahavi, D. & Loidolt, S. (2022). Critical phenomenology and psychiatry. *Continental Philosophy Review*, 55(1), 55-75.