

Agata Bak, Antía Piñeiro Balvís,
Manuel Santamaría Santiago y
Francisco Romero Martín (eds.)

Salud. Entre hechos y valores

eug

Salud

Entre hechos y valores

AGATA BAĞ
ANTÍA PIÑEIRO BALVÍS
MANUEL SANTAMARÍA SANTIAGO
FRANCISCO ROMERO MARTÍN
(eds.)

Salud

Entre hechos y valores

GRANADA
2026

COLECCIÓN FILOSOFÍA Y PENSAMIENTO
SERIE ENSAYOS

DIRECTORES: Luis Sáez Rueda, Óscar Barroso Fernández
y Javier de la Higuera Espín.

COMITÉ CIENTÍFICO: Luis Arenas Llopis (U. Valencia); Remedios Ávila Crespo (U. de Granada); María Eugenia Borsani (U. N. del Comahue. Neuquén, Argentina); Antonio Campillo Mesequer (U. de Murcia); Germán Cano Cuenca (U. Complutense de Madrid); Andrés Covarrubias Correa (U. Católica de Chile); Manuel Cruz Rodríguez (U. de Barcelona); Marina Garcés Mascareñas (U. de Girona); María José Guerra Palmero (U. de La Laguna); Alain Jugnon (Lycée Lamartine de Mâcon. Francia); Johannes Kabatek (U. de Zürich. Suiza); Delia Manzanero Fernández (U. Rey Juan Carlos); Fernando Martínez Manrique (U. de Granada); Armando Mascolo (ISPF – CNR. Nápoles); Paulina Rivero Weber (UNAM. México); Carmen Rodríguez Martín (U. de Granada); Johannes Rohbeck (Technische Universität Dresden. Alemania).



Obra financiada por el Proyecto de Investigación «La comprensión del pathos: perspectivas críticas. Retos contemporáneos del sufrimiento psíquico» [2024-PUNED-0011].
Ayudas para Investigadores Tempranos UNED-Santander



© LOS AUTORES

© UNIVERSIDAD DE GRANADA
ISBN(e): 978-84-338-7719-2

Edita: Editorial Universidad de Granada - Campus Universitario de Cartuja
Colegio Máximo, s.n., 18071, Granada - Telf.: 958 243 930 - 958 246 220
www.editorial.ugr.es

Maquetación: Javier Cervilla García, Granada
Diseño de cubierta: Tadigra, Granada

Printed in Spain

Impreso en España

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
--------------------	---

ENFOQUES

<i>El naturalismo y sus límites en la definición de la salud y la enfermedad</i> CRISTIAN SABORIDO ALEJANDRO.....	17
<i>Ser y sentido de la enfermedad. Su relación con la salud y la normalidad.</i> <i>Indagaciones fenomenológicas y hermenéuticas.</i> CARMEN LÓPEZ SAENZ	35
<i>Reflexiones epistémicas sobre el concepto de salud: normatividad o normalidad</i> MIGUEL GRIJALBA UCHE.....	59

ENTRE HECHOS Y VALORES: DIMENSIONES DE LA SALUD

<i>El mundo de la percepción en la experiencia psicopatológica. Esbozo de una definición de enfermedad a partir de la fenomenología de Merleau-Ponty</i> BRYAN ZÚNIGA ITURRA.....	85
<i>La construcción moral de la salud mental</i> SERGIO RODIA	103
<i>Neurodiversidad o la dimensión política de lo mental</i> VÍCTOR FERNÁNDEZ-CASTRO & MIGUEL NÚÑEZ DE PRADO GORDILLO.....	123

AL ACECHO DE LA SALUD

<i>Prolegómenos a una problematización acerca de la salud. Presupuestos para una definición y conceptualización filosófica</i>	
FERNANDO GILABERT.....	151
<i>Lo normal y lo patológico en la psicopatología: atisbos desde Canguilhem</i>	
ZENIA YÉBENES ESCARDÓ	167
<i>La aporía de la salud en el ámbito de la psique</i>	
FRANCISCO ROMERO MARTÍN	185
<i>Una actualización de la terapéutica en Canguilhem para las técnicas PSI</i>	
MANUEL SANTAMARÍA SANTIAGO.....	201
<i>Más allá de Los animales enfermos</i>	
AGATA BAK.....	221
<i>Salud y vida: de agenciamientos y potencias</i>	
ANTÍA PIÑEIRO BALVÍS.....	241

ESCUCHAR LAS VOCES

ENTREVISTA CON FERNANDO BALIUS.....	259
ENTREVISTA CON CLARA BUGÉS E IRENE TURIEL.....	275
ENTREVISTA CON LAURA MARTÍN	289

INTRODUCCIÓN

EL PRESENTE VOLUMEN NACE DE UNA INQUIETUD FILOSÓFICA compartida por las personas que firman en este libro y que se había materializado, a lo largo de años precedentes, en una serie de encuentros, seminarios, publicaciones y diálogos cruzados. Como uno de los frutos de esta serie de intercambios intelectuales, nace el proyecto *La comprensión del pathos: perspectivas críticas. Retos contemporáneos del sufrimiento psíquico*, proyecto de investigación realizado en el marco de la Convocatoria de Ayudas para Investigadores Tempranos UNED-Santander 2024, que a su vez permite, al menos en parte, presentar al público más amplio los debates que nos unen. Este libro es, por lo tanto, un paso más en la búsqueda de respuestas a los interrogantes que nos planteamos.

La inquietud que nos impele tiene que ver con la idea de la salud. Si bien esta cuestión es tan antigua como la filosofía misma, tenemos la convicción de que, en la época contemporánea, con las transformaciones metodológicas e increíbles avances protagonizados por las ciencias de la salud, la necesidad de reflexionar acerca de su estatus epistemológico, alcance, método, conceptos y, sobre todo, *objeto*, es urgente. Comprender la antigua idea de la *vida buena* y el sufrimiento aborda cuestiones perennes de la filosofía y la pregunta por nuestra condición pero se complejiza en la época actual, se bifurca en relación con nuevas ciencias, ideas, instituciones y retos sociales.

Vivimos en tiempos sombríos para la salud, constatan nuestros interlocutores. Y, aunque la reciente pandemia nos recordó la fragilidad física de nuestra especie, tal vez en nuestros días el asunto más candente sea el de aquello que ha venido a llamarse salud mental o sufrimiento psíquico. Cuestión que, como no podría ser de otro modo, camina de la mano de los problemas éticos, ontológicos, epistemológicos y políticos que le son específicos, con alguna similitud, pero eminentemente con varias diferencias, respecto al resto de la salud y de la medicina. Vivimos en la era de la



crisis de salud mental y proliferan los informes, las denuncias y los consejos. Malestamos, afirman en un reciente libro Javier Padilla y Marta Carmona, y este malestar no le pertenece a una sola persona, sino que compete a la primera persona del plural que somos como sociedad. El malestar es «un sentimiento de época enraizado en la sucesión de crisis económicas, el desarrollo de las herramientas de capitalismo de vigilancia y la falta de alternativas por parte de los poderes públicos a las crisis de cuidados (...)» (Padilla y Carmona, 2022: 12). ¿Debemos concluir, por tanto, que la tan anunciada emergencia de salud mental es una cuestión cultural? ¿Implicaría esto que nuestro sufrimiento es en realidad *producto* de las fuerzas supraindividuales, poderes políticos que nos transforman en animales ansiosos y necesitados de «café con Lorazepam» (ib.: 15)? Porque a lo mejor abandonar las raíces individuales, de sentido, del sufrimiento o negar su base biológica, constituye un olvido imperdonable.

El punto de partida de esta investigación es, entonces, la existencia de un malestar. Un malestar cuya relación con la salud y enfermedad puede enunciarse de distintas formas, y que, no obstante, constituye un reto para la práctica médica hoy en día. En el marco de la medicina basada en la evidencia, el estatus de los llamados *trastornos mentales* es siempre problemático, en la medida en que no existen en la actualidad pruebas diagnósticas equiparables a las de otras ramas de la medicina que demostraran la existencia de tales trastornos como *entidades naturales* o procesos naturales unívocos. Sin embargo, las clasificaciones existen y de hecho son utilizadas como herramientas heurísticas y hermenéuticas y consideradas de valor por buena parte de los profesionales de la salud mental (cfr. Hyman, 2010: 156). Su carácter aporético, creemos, pone en cuestión nuestra concepción *folk* de la salud.

* * *

La noción de la salud está atravesada por tensiones. La búsqueda de una definición adecuada topa con distintas aporías, algunas de las cuales se cristalizan en distintos capítulos que conforman el presente libro. En primer lugar, porque —viviendo como vivimos en el paradigma científico de la medicina— reina cierta opinión común de que la salud es *un estado de cosas*, medible o cuantificable, frente al cual existe otro estado de cosas que no lo es. Quienes abrazan esta noción de la salud, estarían además convencidos de que el *objetivo* de la medicina consiste en detectar y describir objetivamente estas anomalías y erradicarlas. Defenderían, por tanto, una definición naturalista de la salud (descrita, junto con toda la problemática que le atañe, en el capítulo primero). Naturalista, esto es, material y neutral,



ajena a las decisiones y valoraciones subjetivas, constructos sociales, etc. Sin entrar en los pormenores —los lectores pueden encontrarlos en el primer capítulo— el desarrollo de la reflexión acerca del método y objeto de las ciencias de la salud problematizó esta primera aspiración.

Porque, y ésta es la segunda paradoja, la definición naturalista de la salud nos permite contemplar un campo diáfano de la investigación clínica, pero deja en la sombra otros aspectos de la medicina y otros protagonistas. Así, decir que el objetivo de la medicina consiste en estudiar las patologías para prevenirlas o erradicarlas implica olvidar al que las padece. ¿Acaso no será el *objetivo* de la medicina sanar *al ser humano* que viene a la consulta con un determinado problema? Un problema que, siendo fisiológico en su origen, es además —o, sobre todo, sugiere el capítulo 2— un problema que le ocurre a una *persona*. La enfermedad es un desafío y una amenaza al proyecto biográfico propio y atañe distintas dimensiones del ser humano y es una *f fuente de sufrimiento*. El tercer capítulo de esta primera sección (*Enfoques*) pone de relieve el juego entre la dimensión normativa (axiológica) y biofísica de la mano de G. Canguilhem, uno de los autores de referencia en este volumen. Estos tres capítulos crean el marco de referencia, o punto de partida, para las investigaciones posteriores.

Éstas dan cuenta de las distintas dimensiones en las que una persona puede verse afectada (el ámbito de la psique, de lo social, de lo moral, de lo político), como se analiza en la sección segunda, titulada precisamente *Entre hechos y valores: dimensiones de la salud*.

Aun así, admitiendo que la salud es un fenómeno multidimensional, no queda claro cómo se determina quién es sano y quién enfermo. El tercer eje de las tensiones del concepto de la salud cuestiona las maneras en las que se determina el estado anómalo o patológico. ¿Puede basarse exclusivamente en el juicio clínico? ¿Los testimonios y las vivencias de las personas tienen un rol decisivo en este aspecto? ¿A partir de qué punto —si es que hay alguno— se juzga que una persona es unívocamente «enferma» o «anormal»? ¿Y qué decir de la influencia del juicio social que, demasiado a menudo en nuestra historia como civilización, estigmatizaba ciertas prácticas? ¿Pueden las personas pacientes, usuarias de la medicina o de la psiquiatría, institucionalizadas, locas, enfermas cuestionar el rol que se les otorga, a modo de destino, a través del diagnóstico? Por eso, cabe la sospecha de que la noción misma de la *salud* es un concepto que se erige sobre una serie de asunciones problemáticas previas. Así, *Al acecho de la salud* es una sección dedicada justamente a interrogar su carácter unitario («¿Y si habláramos de las saludes?»), la fuerza del binomio de salud-enfermedad, o su relación con otros conceptos como la *potencia* o la *vida* que servirían como punto de partida para otras maneras de pensar.



No quisiéramos dejar de poner en claro el compromiso ético-práctico que los coordinadores de este volumen asumen respecto de su propia reflexión. La cuarta sección, *Escuchar las voces*, es una llamada de atención a la forma en la que discurren los debates académicos, incurriendo a menudo en una injusticia epistémica —que nos afanamos en denunciar— consistente en no prestar atención a los testimonios de las personas que encarnan las aporías que nos ocupan. Por esa razón, creemos que la sección final, en la que entrevistamos a las personas usuarias de la psiquiatría y profesionales de la salud, ha de leerse como aportación integral al debate y no como curiosidad o *adenda*. Desde esta convicción, hemos tenido la oportunidad de entrevistar a Fernando Balius, filósofo y activista; a Clara Bugés e Irene Turiel, médicas de atención primaria y militantes en el colectivo Entrar Afuera; y, por último, a Laura Martín, psiquiatra y una de las fundadoras de La Revolución Delirante.

En la entrevista con Fernando Balius, el lector se encontrará con una reflexión acerca de aquello que nombramos, provisionalmente, como *activismo en salud mental*. El filósofo nos permitirá adentrarnos en una perspectiva que tiene que ver con la experiencia. Desde ahí, se explorarán cuestiones como el conocimiento en primera persona, la denuncia de la injusticia epistémica en general, y hermenéutica en particular, que sucede cotidianamente en los dispositivos *psi* o incluso qué entendemos en la actualidad por salud mental. Seguidamente, Clara Bugés e Irene Turiel nos permitirán desplazarnos a un contexto diferente: el de la Atención Primaria en el sistema sanitario español. Ambas médicas y militantes en Entrar Afuera, colectivo de investigación profundamente influenciado por la reforma sanitaria de Trieste y el pensamiento y la acción del psiquiatra Franco Basaglia. Junto a ellas, podremos preguntarnos acerca de la excesiva burocratización de la clínica, la necesidad de habitar y abrirse a la contradicción desde el rol profesional o también las dificultades de sostener una perspectiva alternativa en el interior de la institución. Todo ello, además, acompañado siempre por un punto de vista centrado en lo comunitario y, por tanto, en la comunidad. Por último, Laura Martín aportará una visión crítica acerca del dispositivo psiquiátrico y sus violencias, así como de la psicopatología y los diagnósticos. Hurga así en los vacíos epistemológicos de su disciplina para favorecer una escucha de quien sufre y evitar un bloqueo de su discurso a través de un saber precario. Tal y como ocurre en las dos entrevistas anteriores, la perspectiva y la sensibilidad desde las que nos hablan son absolutamente necesarias no para completar lo que los estudios académicos no ven, sino para señalarnos hacia dónde mirar y también, qué ver.



REFERENCIAS

- HYMAN, S. (2010) «The diagnosis of Mental Disorders: The problem of reification». *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010. 6:155-79
- PADILLA, J. y CARMONA, M. (2022) *Malestamos. Cuando estar mal es un problema colectivo*. Capitan Swing.





ENFOQUES





EL NATURALISMO Y SUS LÍMITES EN LA DEFINICIÓN DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

CRISTIAN SABORIDO ALEJANDRO

Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Madrid

ORCID: 0000-0001-8778-4298

INTRODUCCIÓN

El naturalismo es una de las corrientes más influyentes en la filosofía de la medicina. Esta perspectiva busca definir la salud y la enfermedad en términos objetivos y biológicos. Uno de sus exponentes más destacados es la Teoría Bioestadística de Christopher Boorse, que sostiene que la enfermedad es una desviación estadísticamente anómala del funcionamiento biológico típico dentro de una clase de referencia. Sin embargo, la teoría bioestadística se encuentra hoy en una situación complicada, pues, aunque sigue siendo un enfoque central en el debate, enfrenta críticas que han mostrado sus límites. Este capítulo examina en detalle la propuesta de Boorse y sus principales objeciones, así como también algunos de los recientes intentos de desarrollar nuevos enfoques bioestadísticos. Se argumenta que el enfoque bioestadístico parece haber evolucionado hacia propuestas que tratan de responder a las críticas al modelo de Boorse integrando elementos normativos, aunque sin renunciar a su base científica. Así, el naturalismo contemporáneo, y en especial su corriente más influyente, oscila entre su aspiración a la objetividad y el reconocimiento de la irreductibilidad de ciertos valores en la medicina, lo que lo sitúa en un escenario conceptual complejo y, en muchos aspectos, paradójico.

LA PERSPECTIVA NATURALISTA EN FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

Desde la década de 1970, la distinción entre naturalismo y normativismo ha sido un eje central en la filosofía de la medicina (Khushf, 2007; Saborido, 2020). El *naturalismo* es la posición que sostiene que los conceptos de salud y enfermedad pueden definirse en términos objetivos y científicos, sin recurrir a juicios de valor (Boorse, 1977; Kendell, 1975; Lennox, 1995;



Scadding, 1988). Esta perspectiva se opone al denominado *normativismo*, que considera que la salud y la enfermedad están inevitablemente influidas por valores sociales y subjetivos (Engelhardt, 1984, 1996; Glackin, 2010; Nordenfelt, 1995, 2016).

En este sentido, el naturalismo defiende que la enfermedad es un fenómeno biológico que puede ser identificado a través del estudio de funciones biológicas normales y sus desviaciones.

Este planteamiento implica que el concepto de enfermedad no depende de normas sociales ni de valores culturales, sino de hechos biológicos observables y medibles. En este sentido, el naturalismo busca proporcionar una base científica para la medicina, en la que la patología se entienda como un desajuste funcional del organismo que puede estudiarse empíricamente (Giroux, 2016; Lemoine, 2025).

Consecuentemente, el naturalismo en filosofía de la medicina se basa en dos principios fundamentales:

1. *La distinción entre hechos y valores*: Al sostener que la salud y la enfermedad son conceptos empíricos que pueden ser definidos sin referencia a valores morales o sociales (Schwartz, 2007), el naturalismo asume la separación entre hechos (descripciones biológicas de la enfermedad) y valores (consideraciones normativas sobre qué es deseable o indeseable).
2. *El funcionamiento biológico como criterio de salud*: En la tradición naturalista, la salud se define en términos de normalidad funcional dentro de una especie. Desde esta perspectiva, el funcionamiento normal de un organismo es el conjunto de procesos biológicos que permiten la supervivencia y la reproducción de los individuos de una especie (Kingma, 2015).

No obstante, aún a pesar de que todos los enfoques denominados naturalistas comparten estos dos principios, cabe decir que el concepto de naturalismo en la filosofía de la medicina no es homogéneo. Diversos autores han identificado variaciones en la manera en que se entiende el naturalismo, entre ellas:

1. *Naturalismo ontológico*: Sostiene que todos los fenómenos, incluidos la salud y la enfermedad, son fenómenos naturales y, por lo tanto, pueden ser estudiados y explicados exclusivamente en términos científicos (Kendell, 1975).
2. *Naturalismo metodológico*: Defiende que los métodos de las ciencias naturales deben aplicarse en la investigación médica para definir conceptos como salud y enfermedad (Lemoine, 2025).
3. *Naturalismo funcionalista*: Argumenta que la salud debe definirse en términos del funcionamiento adecuado de los sistemas biológicos.



Desde esta perspectiva, la salud sería la capacidad del organismo de cumplir sus funciones adaptativas dentro de su entorno (Matthewson & Griffiths, 2017).

Los enfoques naturalistas en el debate acerca de la definición de las nociones de salud y enfermedad han tratado de ofrecer propuestas teóricas que se cumpliesen de forma más o menos explícita con los tres tipos de naturalismo. Así, estos enfoques se presentan a sí mismos como fundamentados en el conocimiento científico acerca del funcionamiento de los seres vivos. Es esta fundamentación biologicista lo que justifica que estas propuestas sean comprendidas como naturalistas en todos los sentidos posibles.

Dentro de la visión naturalista hay dos corrientes principales en las que se agrupan las diferentes propuestas. Por un lado, podemos encontrar un enfoque que propone naturalizar las nociones de salud y enfermedad en una idea de «normatividad vital», la cual puede inferirse del propio funcionamiento y organización de los seres biológicos. Los autores que defienden propuestas en esta línea (Lennox, 1995; Saborido et al., 2016; Saborido & Moreno, 2015; Veit, 2021) defienden, siguiendo en gran medida las ideas introducidas por Georges Canguilhem (1982), que la salud es una capacidad activa del organismo para adaptarse y redefinir sus propios estándares de normalidad en función del entorno y sus desafíos. Por lo tanto, los organismos no solo cumplen funciones biológicas, sino que crean sus propias normas, pues son capaces de modificar sus propios umbrales de funcionamiento en respuesta a variaciones del ambiente. La enfermedad sería una restricción de la capacidad normativa del organismo, y un organismo enfermo sería aquel que pierde su capacidad de adaptación, lo que limita su flexibilidad para generar nuevas normas de vida. En resumen, la salud se define por la capacidad del organismo de tolerar variaciones y reorganizarse funcionalmente. Y esta capacidad es normativa, pero no es dependiente del observador. Salud y enfermedad serían por tanto, como defiende James Lennox (1995), «valores objetivos».

Por otro lado, el enfoque naturalista más influyente en el debate asume un punto de partida diferente. Christopher Boorse (1977, 1997, 2014) es uno de los principales exponentes del naturalismo con su *teoría bioestadística* (BST, por sus siglas en inglés). Esta teoría sostiene que la salud es la ausencia de enfermedad y que la enfermedad es una desviación estadística negativa del funcionamiento típico de los miembros de una especie dentro de una clase de referencia. Según Boorse, «la clasificación de los estados humanos como saludables o enfermos es un asunto objetivo, que puede derivarse directamente de los hechos biológicos de la naturaleza, sin necesidad de juicios de valor» (1997: 4).

Así, Boorse argumenta que «la salud teórica es la ausencia de enfermedad; la enfermedad es únicamente una función biológica estadísticamente



subnormal de una parte del cuerpo» (1977: 567), y que «la función normal de una parte o proceso dentro de los miembros de la clase de referencia es su contribución estadísticamente típica a la supervivencia y reproducción del organismo» (ib.: 555). En la siguiente sección, analizaremos esta influyente perspectiva.

EL ENFOQUE BIOESTADÍSTICO DE CHRISTOPHER BOORSE

La BST se basa en la idea de que los sistemas biológicos tienen funciones específicas que pueden ser estudiadas empíricamente a través de la fisiología. Para ello, Boorse introduce los siguientes conceptos clave:

1. *Clase de referencia*: Un grupo natural de organismos que comparten una estructura funcional homogénea. En humanos, esto se define por variables como la edad y el sexo.
2. *Funcionamiento normal*: Una función biológica es normal si se encuentra dentro del rango estadísticamente típico de eficiencia en la población de referencia.
3. *Disfunción o enfermedad*: Un estado es patológico si implica un deterioro estadísticamente significativo en una función biológica que contribuye a la supervivencia y reproducción del organismo.

La BST, por lo tanto, define la enfermedad en términos descriptivos, sin recurrir a valoraciones subjetivas o sociales. Esta perspectiva busca evitar interpretaciones que dependan de juicios normativos, centrándose en criterios cuantificables (Thorell, 2024).

Uno de los principales méritos de la BST es su clara distinción entre los conceptos de enfermedad y salud. En este sentido, Boorse (1977) argumenta que la salud no es una condición positiva que implique bienestar, sino simplemente la ausencia de enfermedad. Esto contrasta con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que concibe la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social» (OMS, 1948). Para Boorse, esta definición es problemática porque introduce elementos subjetivos que dificultan la precisión científica del concepto de salud.

En su lugar, la BST postula que la salud es un concepto puramente descriptivo y que el papel de la medicina es identificar desviaciones del funcionamiento biológico normal sin necesidad de juicios de valor. Así, según esta teoría, una persona puede considerarse enferma incluso si no experimenta sufrimiento o limitaciones funcionales evidentes, siempre que su organismo presente una disfunción biológica medible (Boorse, 1997).

La teoría bioestadística tiene importantes implicaciones tanto en la teoría como en la práctica médica. Algunas de sus contribuciones más destacadas incluyen:



1. *Objetividad diagnóstica*: La BST proporciona un marco para clasificar enfermedades basado en hechos biológicos, sin depender de valores subjetivos o contextos culturales (Schramme, 2016).
2. *Medicina como ciencia natural*: Al definir la enfermedad en términos biológicos y estadísticos, la BST refuerza la idea de que la medicina es una disciplina científica equiparable a la biología o la química (Wakefield, 1992).
3. *Limitación de la medicalización*: La BST ayuda a evitar la expansión excesiva del concepto de enfermedad al excluir estados que no implican disfunción biológica, como la timidez o la tristeza ocasional (Schwartz, 2016).

En este sentido, la BST busca ofrecer una base objetiva para la práctica médica y las políticas de salud, diferenciando claramente entre lo que es una patología biológica y lo que es un problema social o psicológico que no requiere una intervención médica.

CRÍTICAS AL ENFOQUE DE BOORSE

A pesar de su influencia en la filosofía de la medicina, el enfoque bioestadístico de Boorse ha sido objeto de numerosas críticas desde su formulación en 1977. Si bien su atractivo radica en su pretensión de objetividad y separación entre hechos y valores, diversos autores han cuestionado su aplicabilidad en la práctica médica, sus supuestos filosóficos y su capacidad para explicar ciertas condiciones que desafían una definición puramente estadística de la enfermedad.

Las principales críticas a la BST pueden agruparse en cuatro categorías: (1) la acusación de que es *circular o arbitraria*, (2) su *inadecuación para enfermedades mentales*, (3) las *dificultades para abordar enfermedades comunes y el envejecimiento*, y (4) la afirmación de que *no es realmente una teoría libre de valores*. A continuación, se explica en qué consiste cada una de estas críticas, prestando especial atención a la última de ellas, pues ataca directamente la misma razón de ser del enfoque BST, a saber, su pretendida naturaleza naturalista.

BST es circular y arbitraria

Así, uno de los argumentos más comunes contra la BST es que la selección de la clase de referencia (el grupo poblacional con el que se compara la función biológica de un individuo) se justifica en un razonamiento que tiene una apariencia problemáticamente circular. Según Boorse (1977), una función es normal si se encuentra dentro del rango estadísticamente típico



para los miembros de una especie en su respectiva categoría de edad y sexo. Autores como Scadding (1988) o Bechtel (1985) han argumentado que este es un tipo de razonamiento circular: «Boorse se ha movido de forma bastante clara en un círculo ya que lo normal se utiliza para definir el funcionamiento de acuerdo con el diseño, que es a su vez lo que explicaba la noción de normalidad». (Bechtel 1985: 43).

Boorse entiende que lo normal es el comportamiento predominante observable en los individuos de la clase de referencia, y la justificación por la que está interesado en el comportamiento típico en una clase de referencia es porque esto es lo que constituye la normalidad. Es decir, en último término, la idea de normalidad, central en la BST, parece carecer de una buena fundamentación teórica.

Además, autores como Kingma (2010) y Lemoine & Giroux (2016) han señalado que la determinación de qué grupo poblacional se usa como referencia es una decisión arbitraria que puede sesgar los resultados. Decidir las condiciones de membresía para una clase de referencia no es una elección fundamentada en algo así como «clases naturales» sino más bien en intereses y criterios subjetivos del investigador. Es el investigador quien decide, atendiendo a sus propias metas epistémicas, que pertenecer a una misma especie y compartir sexo y edad es lo relevante para distinguir clases de referencia. Así pues, la determinación de clases de referencia depende en último término de factores socioculturales que no se justifican por la misma teoría, lo que mina la supuesta objetividad de la BST.

BST no es válida para la psicología o la psiquiatría

La BST también enfrenta serias dificultades en la clasificación de trastornos mentales. Mientras que muchas enfermedades físicas pueden describirse en términos de disfunción orgánica medible, los trastornos psiquiátricos no siempre pueden reducirse a fallos biológicos evidentes. Por esta razón, Wakefield (1992) ha señalado que las enfermedades mentales no encajan bien en la definición bioestadística, ya que en muchos casos la disfunción no es un desajuste biológico claro, sino una alteración funcional dentro de un contexto social y psicológico. Esto plantea el problema de si la depresión, la ansiedad generalizada o la esquizofrenia pueden explicarse meramente como desviaciones estadísticas del funcionamiento normal. Tal y como también ha argumentado Schramme (2010), la BST no distingue entre desviaciones estadísticamente infrecuentes y aquellas que tienen un impacto clínico real, lo que genera problemas en psiquiatría. Un ejemplo claro es la orientación sexual: si seguimos el criterio de Boorse, la homosexualidad podría considerarse una enfermedad porque



históricamente ha sido menos frecuente en la población. Sin embargo, la psiquiatría ha rechazado esta visión debido a la ausencia de disfunción real en términos de bienestar y capacidad de agencia. Por esto, autores como Kingma (2010) concluyen que la BST no puede explicar adecuadamente los trastornos mentales sin recurrir a criterios normativos, lo que entra en contradicción con su objetivo de ser una teoría puramente descriptiva.

BST no sirve para dar cuenta de condiciones patológicas muy extendidas

Otra crítica fundamental a la BST es que no proporciona una solución satisfactoria para enfermedades comunes o muy extendidas en la población (Schwartz, 2007). Según la teoría de Boorse, un estado es patológico si implica una disfunción estadísticamente infrecuente dentro de una población de referencia. Sin embargo, muchas enfermedades son muy frecuentes dentro de una misma clase de referencia lo que hace que sean normales desde un punto de vista estadístico. Pensemos, por ejemplo, en condiciones como la miopía, la caries, o en condiciones que, por distintas razones, pasan de ser estadísticamente anómalas a predominantes en una clase de referencia concreta, como puede ser el caso de la obesidad. Kingma critica esta ambigüedad de la siguiente manera: «Si la normalidad estadística determina qué es enfermedad y qué no lo es, entonces, a medida que una condición se vuelve común, deja de ser una patología. Pero esto contradice el sentido común de la medicina» (2010: 483).

Esta crítica ha sido frecuentemente expuesta en la literatura especializada (Engelhardt, 1996; Reznick, 2022; Van Der Steen & Thung, 1988). Recientemente, Saborido y García-Barranquero (2022) han explorado este problema en el contexto del envejecimiento:

Si definimos la salud exclusivamente en términos estadísticos, entonces la senescencia (deterioro biológico asociado a la edad) no puede ser una enfermedad, ya que afecta a la mayoría de los individuos mayores. Sin embargo, esto entra en conflicto con el objetivo de la medicina de tratar las condiciones que deterioran la calidad de vida, independientemente de su frecuencia (2022: 6).

Así, por ejemplo, si definimos la presión arterial normal con base en un grupo de adultos mayores, es posible que niveles de presión considerados patológicos en jóvenes sean estadísticamente normales en ancianos. Algunas condiciones como la osteoporosis o la hipertensión son frecuentes en ciertas clases de referencia (las que están conformadas por personas de edad avanzada), pero su alta prevalencia no implica que dejen de ser enfermedades.



Para tratar de solventar este punto ciego de la BST, varios autores han tratado de desarrollar este enfoque añadiendo ciertos matices a la definición original. Así, autores como Wakefield (1992) o Schwartz (2007) conservan el enfoque estadístico, pero introducen el concepto de «efectos negativos» para solucionar este problema, proponiendo que, además de la normalidad estadística, la disfunción debe evaluarse en términos de sus consecuencias negativas para el individuo. Sin embargo, esta vía introduce un componente normativo que contradice el espíritu original de la BST. Por ejemplo, Wakefield (1992) propone el modelo de *disfunción perjudicial* (*harmful dysfunction*), según el cual una enfermedad no solo implica una desviación del funcionamiento típico de una especie, sino que también debe ser perjudicial para el individuo. Este modelo introduce un componente normativo al afirmar que el mal funcionamiento biológico debe ser clínicamente significativo para ser considerado una enfermedad (Schramme, 2016).

BST no es una teoría realmente naturalista

A pesar de que el enfoque bioestadístico de Christopher Boorse se presenta como un modelo estrictamente naturalista y libre de valores, varios filósofos de la medicina han argumentado que su teoría no es genuinamente naturalista. Críticos con el enfoque BST como Élodie Giroux, Maël Lemoine, Amanda Thorell, o Jerome Wakefield, entre otros, sostienen que la teoría de Boorse contiene presunciones normativas ocultas, depende de una visión parcial de la biología y excluye factores sociales y ambientales relevantes en la determinación de la salud y la enfermedad.

La crítica a la naturalidad del enfoque de Boorse se centra en dos aspectos principales:

1. La BST no está bien fundamentada en el conocimiento biológico, por lo que carece realmente de una justificación científica que permita naturalizar las nociones de salud y enfermedad.
2. Contiene elementos normativos ocultos, lo que lo aleja de su objetivo de ser una teoría puramente descriptiva y es susceptible de caer en los mismos problemas de relativismo que los enfoques normativistas que critica.

La BST se fundamenta en mala biología

Se han aducido principalmente tres razones para criticar la fundamentación de la BST en, supuestamente, una base científica:

1. La BST no es metodológicamente neutral, pues selecciona ciertas metas biológicas arbitrarias para definir salud y enfermedad.



2. Depende de una concepción limitada de la biología, ignorando otras perspectivas científicas que podrían ofrecer una visión más completa.
3. Excluye el papel del entorno y la evolución, lo que lo hace inadecuado para explicar variabilidad y adaptabilidad en la salud.

Así, uno de los argumentos más fuertes es que la BST no es realmente metodológicamente neutral, ya que asume ciertos criterios sin justificación suficiente. Para definir la enfermedad, Boorse (1977) se basa en la comparación de las funciones biológicas dentro de una clase de referencia (por ejemplo, «hombres adultos sanos»), pero la selección de estas referencias es problemática. Como señalan Lemoine & Giroux: «La identificación de una función normal dentro de una población no es un acto puramente descriptivo. Depende de decisiones previas sobre qué parámetros biológicos son importantes y cómo deben interpretarse los datos fisiológicos» (2016: 32).

En otras palabras, la idea de que ciertas funciones biológicas son «normales» implica una selección de criterios que no es puramente empírica, sino que está influida por decisiones previas sobre qué aspectos de la biología deben considerarse esenciales.

Kingma (2010) también refuerza esta crítica al afirmar que la BST implica un sesgo en la selección de los estándares de normalidad. Por ejemplo, si se toma como referencia una población que ha sido expuesta a una dieta poco saludable durante toda su vida, entonces sus parámetros fisiológicos alterados podrían considerarse «normales» en términos estadísticos, a pesar de estar asociados con enfermedades metabólicas. Esto demuestra que la elección de clases de referencia no es un hecho biológico neutral, sino que depende de decisiones metodológicas y sociales.

Otra crítica importante relacionada con esta es la acusación de que la BST se basa en una concepción reduccionista de la biología, ignorando otras perspectivas que podrían enriquecer la definición de salud y enfermedad (Van Der Steen & Thung, 1988). Boorse asume que el funcionamiento normal de un organismo puede definirse exclusivamente en términos fisiológicos, sin considerar teorías evolutivas o ecológicas que podrían ofrecer una visión más dinámica de la salud. Tal y como ha señalado Lemoine: «La BST reduce la medicina a una simple aplicación de la fisiología, sin tener en cuenta el papel que juegan la genética, la evolución y la ecología en la determinación de la salud de los organismos» (2025: 45).

El hecho de que la BST se base en una mala (o, al menos, limitada) biología, es lo que explica por qué este enfoque ignora el papel del entorno y la evolución en la determinación de la salud y la enfermedad. Boorse define la salud únicamente en términos del funcionamiento típico dentro de una clase de referencia, pero esta aproximación no tiene en cuenta las



condiciones ambientales que pueden influir en la normalidad fisiológica. Kingma plantea un ejemplo ilustrativo: «Una persona con niveles bajos de oxígeno en la sangre puede considerarse enferma en una ciudad a nivel del mar, pero no si vive en una región de gran altitud, donde esa adaptación es biológicamente normal» (2014: 89).

Este problema también se presenta en el contexto de las enfermedades metabólicas. En sociedades donde la obesidad es altamente prevalente, la BST podría llevar a la conclusión de que ciertas alteraciones metabólicas son normales simplemente porque son comunes. Sin embargo, esto ignora el hecho de que el entorno juega un papel clave en la aparición de enfermedades crónicas. La relevancia del contexto es, por tanto, un importante factor que debería ser capaz de abordarse desde una definición teórica de los conceptos de salud y enfermedad, tal y como señalan Menatti et al. (2022) y Nelson (1995).

La BST incluye criterios normativos subjetivos

Por otro lado, las críticas que acusan a la BST de no ser realmente naturalista aluden a que esta contiene elementos normativos ocultos. Boorse (1997) insiste en que su teoría es puramente descriptiva y que su definición de la salud y la enfermedad no precisa de juicios de valor, pero muchos autores han señalado que esto es engañoso. En un momento temprano del debate, Tristram ya señaló que la BST hacía una elección normativa del valor de la supervivencia de la especie, elección que tenía un punto de arbitrariedad importante y que además no resultaba muy adecuada para la medicina, que se preocupa por el bienestar de los pacientes individuales y no por el destino de las especies biológicas.

Consecuentemente, el papel central que la BST le da una noción de función biológica que se basa en la contribución a la supervivencia y la reproducción está lejos de ser una elección puramente objetiva. En palabras de Thorell: «la distinción entre función normal y patológica no es puramente objetiva. Implica una decisión sobre qué funciones se consideran esenciales y qué desviaciones son clínicamente relevantes» (2024: 452).

Esta crítica ya fue expuesta por Wakefield (1992), quien señaló que la elección de qué funciones deben considerarse normales y cuáles no depende de una evaluación sobre qué tipo de vida es deseable para el ser humano. Por ejemplo, la infertilidad puede ser considerada una disfunción biológica en términos de la BST, pero muchas personas infértiles no la ven como un problema médico, sino simplemente como una variación natural (Maung, 2019). Por estas razones, Lemoine & Giroux concluyen que «la BST intenta evitar la normatividad, pero en realidad la incorpora



de manera implícita al definir qué funciones son importantes para la salud y cuáles no» (2016: 68). O, dicho de otra manera, la BST, lejos de ser una teoría puramente naturalista, incluye juicios de valor disfrazados de criterios objetivos.

NUEVOS DESARROLLOS DE BST

Sin embargo, aún a pesar de las numerosas críticas dirigidas contra la teoría bioestadística de Boorse (BST) y, en general, contra la posibilidad de una definición naturalista de la enfermedad, diversos autores han intentado defender y reformular la teoría BST en la filosofía de la medicina. Entre estos defensores destacan Thomas Schramme y el equipo formado por John Matthewson y Paul Griffiths, quienes han desarrollado modelos alternativos o modificaciones a la definición original de la BST para abordar sus principales debilidades.

Las estrategias utilizadas por estos autores para defender el naturalismo han consistido principalmente en complementar la BST con criterios pragmáticos y funcionales (Schramme, 2016), y en reformular la noción de función biológica relevante para la BST desde una perspectiva evolutiva (Matthewson & Griffiths, 2017).

Con relación a la primera estrategia, Schramme (2016), defensor declarado del naturalismo en medicina, ha intentado responder a las críticas contra la BST sin abandonar la idea de que la salud y la enfermedad pueden definirse de manera objetiva. Así, su propuesta reconoce que la BST tiene problemas al definir qué condiciones deben ser tratadas médicamente y sugiere una solución pragmática: «Si bien la enfermedad puede definirse en términos de disfunción biológica, la decisión de tratar una condición médica no se basa únicamente en hechos biológicos, sino también en consideraciones prácticas y sociales». (Schramme, 2016: 14).

Desde esta perspectiva, Schramme defiende un enfoque híbrido, donde la disfunción biológica sigue siendo el criterio central para definir la enfermedad, pero reconoce que la medicina también responde a valores sociales, como la calidad de vida del paciente.

Una implicación clave de este modelo es que permite abordar el problema de las enfermedades mentales dentro de un marco naturalista. Schramme sugiere que si una función psicológica es disfuncional desde un punto de vista fisiológico (por ejemplo, un trastorno neurológico que afecta la memoria), entonces puede considerarse una enfermedad sin necesidad de recurrir a criterios normativos externos. Sin embargo, reconoce que algunas condiciones psicológicas pueden requerir una evaluación más pragmática, ya que dependen de la interacción entre biología y contexto social.



En resumen, el modelo de Schramme refuerza el naturalismo al argumentar que:

1. La enfermedad sigue siendo un concepto biológico, basado en la disfunción.
2. La decisión de tratar una condición es pragmática, pues depende de factores médicos y sociales.
3. No todas las condiciones médicas deben ser reducidas a estadísticas, sino a su impacto en la funcionalidad del individuo.

No obstante, el hecho de incluir en la definición el rol de los valores sociales, convierte la propuesta de Schramme en un enfoque no naturalista, por lo menos no en el sentido que defendía Boorse al proponer su BST. Por esta razón, el enfoque de Schramme parece más cercano a posturas más holistas, como la de Wakefield, que a un intento de defender un enfoque naturalista estricto.

Por otro lado, John Matthewson y Paul Griffiths (Griffiths & Matthewson, 2018; Matthewson & Griffiths, 2017) han reformulado la teoría de la enfermedad en términos de función biológica evolutiva, argumentando que una disfunción no debería definirse solo estadísticamente, sino en relación con su papel en la historia evolutiva del organismo. Sostienen que: *«la enfermedad no es simplemente una desviación estadística de la normalidad, sino una condición en la que una función biológica deja de cumplir el rol para el cual fue seleccionada por la evolución»* (Griffiths & Matthewson, 2018: 451).

Este enfoque permite superar las limitaciones de la BST en varios aspectos:

1. Explica mejor las enfermedades comunes: Por ejemplo, la obesidad puede ser estadísticamente normal en ciertas poblaciones, pero desde una perspectiva evolutiva, sigue siendo una disfunción porque el metabolismo humano no está diseñado para condiciones de sobrealimentación crónica.
2. Aborda mejor el envejecimiento: En lugar de considerar el envejecimiento como una condición natural simplemente porque es común, este modelo lo evalúa en términos de su impacto en la capacidad funcional del organismo a lo largo del tiempo.
3. Maneja mejor las enfermedades mentales: Bajo esta perspectiva, una enfermedad mental puede considerarse disfuncional si interfiere con funciones cognitivas y emocionales que han sido seleccionadas evolutivamente para la supervivencia y la reproducción.

Este modelo, por lo tanto, redefine la enfermedad como una disfunción que no solo es estadísticamente rara, sino que también representa una desviación de la función biológica evolucionada.



También sí parece ajustarse mejor que la de Schramme a lo que se espera de un enfoque estrictamente naturalista. Sin embargo, Matthewson y Griffiths reconocen que los hechos biológicos por sí solos son insuficientes para definir completamente la salud y la enfermedad:

Si nos centramos exclusivamente en la enfermedad humana, podemos afirmar con rotundidad que la medicina es como la criminología. Por muy rigurosos y objetivos que sean nuestros conocimientos sobre las causas y consecuencias del asesinato y el adulterio, no podemos deducir que sólo uno de ellos sea delito. Eso es una cuestión jurídica. Del mismo modo, puede afirmarse que las ciencias biomédicas documentan las causas y consecuencias de la variación fenotípica, pero no determinan cuáles de esas variaciones son enfermedades. (Matthewson & Griffiths, 2017: 447)

Dicho de otra manera, la biología nos puede decir cómo funciona un organismo, pero no qué funcionamientos son correctos o incorrectos desde un punto de visto médico. La interpretación de las disfunciones y la decisión de tratarlas como problemas médicos están mediadas por valores culturales y sociales (Cfr. Saborido & Zamora-Bonilla, 2024). Tal y como hemos visto que han señalado autores como Lemoine & Giroux (2016), la elección de qué funciones biológicas son las relevantes para la salud y la enfermedad no es puramente objetiva. Basta con recordar el ejemplo de la infertilidad, la cual podría considerarse una disfunción desde una perspectiva evolutiva, pero su categorización como enfermedad depende de las actitudes sociales hacia la reproducción y la familia.

Es cierto que Matthewson y Griffiths justifican su defensa de la BST como una respuesta a la idea de que la enfermedad es únicamente una construcción social. Argumentan que, si bien los contextos sociales moldean nuestra comprensión de la enfermedad, existen disfunciones biológicas objetivas que afectan la salud. Su postura desafía el constructivismo social extremo al enfatizar que algunas disfunciones, como un sistema inmunológico comprometido, pueden clasificarse objetivamente como patológicas independientemente de las perspectivas sociales. Sin embargo, aunque su nueva versión del enfoque bioestadístico pueda en efecto servir para combatir la visión relativista radical del constructivismo social, su enfoque integra también valores subjetivos y sociales dentro de un marco evolutivo y biológico. Su postura puede ser una mejor BST, pero no es una teoría naturalista pura.

CONCLUSIÓN

A lo largo de las últimas décadas, el enfoque bioestadístico de Christopher Boorse ha sido defendido, criticado y reformulado en múltiples



ocasiones. A pesar de su atractivo inicial como una teoría que pretende definir la enfermedad de manera objetiva y libre de valores, los diversos problemas que enfrenta han obligado a sus defensores a incorporar elementos que lo alejan de su objetivo original. En otras palabras, el esfuerzo por salvar la BST ha conducido a modelos cada vez menos naturalistas, lo que plantea una paradoja central en la filosofía de la medicina.

El desarrollo del debate ha mostrado que las reformulaciones del naturalismo en medicina han requerido incluir aspectos pragmáticos y normativos, lo que desafía la pretensión original de la BST de ser un modelo estrictamente descriptivo.

El modelo original de Boorse definía la salud y la enfermedad en términos puramente estadísticos y fisiológicos, evitando cualquier referencia a valores sociales o juicios normativos. Su premisa central era que una función biológica es normal si opera dentro del rango estadísticamente típico para una clase de referencia, mientras que una enfermedad es una desviación negativa de esta norma (Boorse, 1977, 1997). Sin embargo, como han señalado numerosos críticos, la definición de la salud y la enfermedad de la BST presentaba importantes problemas. En primer lugar, se ha argumentado que el criterio estadístico es arbitrario y circular (Kingma, 2010; Giroux, 2016), además esta propuesta bioestadística no explica adecuadamente enfermedades mentales (Wakefield, 1992; Schramme, 2016), ni ofrece un marco satisfactorio para abordar las enfermedades comunes o condiciones muy extendidas en clases de referencia, como las ligadas al envejecimiento (Schwartz, 2007; Saborido & García-Barranquero 2022). Por último, se ha argumentado que el enfoque BST parecía contener elementos normativos implícitos, a pesar de su pretensión de objetividad y naturalismo (Thorell, 2024).

A medida que estas críticas se han vuelto más evidentes, los defensores del naturalismo han intentado modificar la BST para abordar sus limitaciones. Sin embargo, todas estas modificaciones han introducido elementos que lo alejan de su aspiración original de ser una teoría estrictamente naturalista y libre de valores. Esto se puede observar en diferentes intentos de reformulación de la BST, como las recientes propuestas de Schramme (2016) y de Matthewson y Griffiths (2017, 2018).

La paradoja que surge de estos nuevos enfoques bioestadísticos es que la manera en la que se ha intentado salvar el naturalismo en la filosofía de la medicina ha sido desarrollando la propuesta naturalista más influyente —la BST— para alejarla cada vez más del naturalismo. En otras palabras, el esfuerzo por defender una teoría naturalista de la salud y la enfermedad ha llevado a sus propios defensores a introducir factores normativos, lo que contradice la idea de que la enfermedad puede definirse exclusivamente en términos descriptivos.



Esta situación parece indicar que el futuro del naturalismo en la filosofía de la medicina no puede ser el mismo naturalismo que pretendía Boorse. Los valores no se han descartado totalmente, sino que, en cambio, las propuestas naturalistas más prometedoras son aquellas que han integrado factores funcionales, evolutivos y pragmáticos, aunque esto signifique abandonar la idea de que la enfermedad es un concepto puramente biológico y objetivo.

El debate sobre el naturalismo en la filosofía de la medicina ha llevado a un punto crucial: si el naturalismo debe evolucionar para ser más realista y aplicable, debe abandonar su versión más pura y estadística. Esto nos lleva a la conclusión de que el naturalismo en la filosofía de la medicina no puede seguir siendo exclusivamente naturalista. Si se quiere preservar su aplicabilidad en la práctica médica, debe integrar criterios que no son puramente descriptivos. Por lo tanto, la «esperanza para el naturalismo» en la filosofía de la medicina no reside en una defensa rígida del naturalismo tal y como lo entendía la definición original de la BST de Boorse, sino en la transformación de este tipo de enfoques en modelos más dinámicos e integradores. Paradójicamente, el futuro del naturalismo radica en reconocer que la salud y la enfermedad no pueden definirse solamente en términos naturalistas.

REFERENCIAS

- BECHTEL, W. (1985). «In Defense Of A Naturalistic Concept Of Health». En J. M. Humber & R. F. Almeder (Eds.), *Biomedical Ethics Reviews 1985*. Humana Press: 131-170 https://doi.org/10.1007/978-1-59259-441-2_8
- BOORSE, C. (1977). «Health As A Theoretical Concept». *Philosophy Of Science*, 44(4): 542-573. <https://doi.org/10.1086/288768>
- (1997). «A Rebuttal On Health». En J. M. Humber & R. F. Almeder (Eds.), *What Is Disease?* (Pp. 1-134). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59259-451-1_1
- (2014). «A Second Rebuttal On Health». *Journal Of Medicine And Philosophy*, 39(6), 683-724. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>
- CANGUILHEM, G. (1982). *Lo Normal Y Lo Patológico* (R. Potschart, Trad.). Siglo XXI De España Editores. ISBN: 978-968-23-0183-4.
- ENGELHARDT, H. T. (1984). «Clinical Problems And The Concept Of Disease». En L. Nordenfelt & B. I. B. Lindahl (Eds.), *Health, Disease, And Causal Explanations In Medicine* (Vol. 16. Springer Netherlands: 27-41 https://doi.org/10.1007/978-94-009-6283-5_5
- (1996). *The Foundations Of Bioethics* (2nd [Rev.] Ed). Oxford University Press.
- GIROUX, É. (Ed.). (2016). *Naturalism In The Philosophy Of Health*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1>



- GLACKIN, S. N. (2010). «Tolerance And Illness: The Politics Of Medical And Psychiatric Classification». *Journal Of Medicine And Philosophy*, 35(4): 449-465. <https://doi.org/10.1093/Jmp/Jhq035>
- GRIFFITHS, P. E., & MATTHEWSON, J. (2018). «Evolution, Dysfunction, And Disease: A Reappraisal». *The British Journal For The Philosophy Of Science*, 69(2), 301-327. <https://doi.org/10.1093/Bjps/Axw021>
- KENDELL, R. E. (1975). «The Concept Of Disease And Its Implications For Psychiatry». *British Journal Of Psychiatry*, 127(4): 305-315. <https://doi.org/10.1192/Bjp.127.4.305>
- KHUSHF, G. (2007). «An Agenda For Future Debate On Concepts Of Health And Disease». *Medicine, Health Care And Philosophy*, 10(1): 19-27. <https://doi.org/10.1007/S11019-006-9021-7>
- KINGMA, E. (2010). «Paracetamol, Poison, And Polio: Why Boorse's Account Of Function Fails To Distinguish Health And Disease». *The British Journal For The Philosophy Of Science*, 61(2): 241-264. <https://doi.org/10.1093/Bjps/Axp034>
- (2014). «Naturalism About Health And Disease: Adding Nuance For Progress». *Journal Of Medicine And Philosophy*, 39(6): 590-608. <https://doi.org/10.1093/Jmp/Jhu037>
- LEMOINE, M. (2025). *Philosophy Of Physiology*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009370394>
- LEMOINE, M., & GIROUX, É. (2016). «Is Boorse's Biostatistical Theory Of Health Naturalistic?» En É. Giroux (Ed.), *Naturalism In The Philosophy Of Health*. Springer International Publishing:19-38 https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_2
- LENNOX, J. G. (1995) «Health As An Objective Value». *Journal Of Medicine And Philosophy*, 20(5): 499-511. <https://doi.org/10.1093/Jmp/20.5.499>
- MATTHEWSON, J., & GRIFFITHS, P. E. (2017). «Biological Criteria Of Disease: Four Ways Of Going Wrong». *The Journal Of Medicine And Philosophy: A Forum For Bioethics And Philosophy Of Medicine*, 42(4): 447-466. <https://doi.org/10.1093/Jmp/Jhx004>
- MAUNG, H. H. (2019). «Is Infertility A Disease And Does It Matter?» *Bioethics*, 33(1): 43-53. <https://doi.org/10.1111/Bioe.12495>
- MENATTI, L., BICH, L., & SABORIDO, C. (2022). «Health And Environment From Adaptation To Adaptivity: A Situated Relational Account». *History And Philosophy Of The Life Sciences*, 44(3): 38. <https://doi.org/10.1007/S40656-022-00515-W>
- NELSON, J. L. (1995). «Health And Disease As “Thick” Concepts In Ecosystemic Contexts». *Environmental Values*, 4(4): 311-322. <https://doi.org/10.3197/096327195776679420>
- NORDENFELT, L. (1995). *On The Nature Of Health: An Action-Theoretic Approach* (Vol. 26). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-011-0241-4>



- NORDENFELT, L. (2016). «A Defence Of A Holistic Concept Of Health». En É. Giroux (Ed.), *Naturalism In The Philosophy Of Health* (Pp. 209-225). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_12
- REZNEK, L. (2022). *The Nature Of Disease*. Routledge (Routledge Library Editions: Health, Disease & Society). DOI: 10.4324/9781003283706
- SABORIDO, C. (2020). *Filosofía De La Medicina*. Tecnos.
- SABORIDO, C., & GARCÍA-BARRANQUERO, P. (2022). «Is Aging A Disease? The Theoretical Definition Of Aging In The Light Of The Philosophy Of Medicine». *The Journal Of Medicine And Philosophy: A Forum For Bioethics And Philosophy Of Medicine*, 47(6), 770-783. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhac030>
- SABORIDO, C., & MORENO, A. (2015). «Biological Pathology From An Organizational Perspective». *Theoretical Medicine And Bioethics*, 36(1): 83-95. <https://doi.org/10.1007/S11017-015-9318-8>
- SABORIDO, C., MORENO, A., GONZÁLEZ-MORENO, M., & HERNÁNDEZ CLEMENTE, J. C. (2016). «Organizational Malfunctions And The Notions Of Health And Disease». En É. Giroux (Ed.), *Naturalism In The Philosophy Of Health*. Springer International Publishing: 101-120 https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_7
- SABORIDO, C., & ZAMORA-BONILLA, J. (2024). «Diseases As Social Problems». *Synthese*, 203(2), 56. <https://doi.org/10.1007/S11229-023-04468-W>
- SCADDING, J. G. (1988). «Health And Disease: What Can Medicine Do For Philosophy?». *Journal Of Medical Ethics*, 14(3): 118-124. <https://doi.org/10.1136/jme.14.3.118>
- SCHRAMME, T. (2016). «What A Naturalist Theory Of Illness Should Be». En É. Giroux (Ed.), *Naturalism In The Philosophy Of Health*. Springer International Publishing: 63-77 https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_5
- SCHWARTZ, P. H. (2007). «Defining Dysfunction: Natural Selection, Design, And Drawing A Line». *Philosophy Of Science*, 74(3): 364-385. <https://doi.org/10.1086/521970>
- (2016). «Broadening And Balancing The Goals Of Medicine: Battling Disease And Treating The Healthy». En É. Giroux (Ed.), *Naturalism In The Philosophy Of Health*. Springer International Publishing: 199-207 https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_11
- VAN DER STEEN, W. J., & THUNG, P. J. (1988). *Faces Of Medicine*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-009-1397-4>
- VEIT, W. (2021). «Biological Normativity: A New Hope For Naturalism?». *Medicine, Health Care And Philosophy*, 24(2): 291-301. <https://doi.org/10.1007/S11019-020-09993-W>
- WAKEFIELD, J. C. (1992). «The Concept Of Mental Disorder: On The Boundary Between Biological Facts And Social Values». *American Psychologist*, 47(3): 373-388. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.3.373>





SER Y SENTIDO DE LA ENFERMEDAD. SU RELACIÓN CON LA SALUD Y LA NORMALIDAD. INDAGACIONES FENOMENOLÓGICAS Y HERMENÉUTICAS.

M^a CARMEN LÓPEZ SÁENZ.

Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Madrid

ORCID: 0000-0003-4207-0579

INTRODUCCIÓN

En este trabajo revisitaremos algunos de los conceptos que la fenomenología existencial (Husserl, Jaspers, Merleau-Ponty, Maldiney, Goldstein, Binswanger, Frankl) desarrolló en diálogo con la psiquiatría y la psicopatología de su época. Lo haremos con el objetivo de reactivar el humanismo y el holismo en la medicina actual.

Pretendemos aplicar, además, la dimensión generativa de la fenomenología al análisis de la enfermedad. Como hemos desarrollado (2024b), la generatividad opera en la fenomenología como un movimiento entre lo familiar y lo ajeno. La salud y lo «normal» suelen contraponerse a la enfermedad y lo patológico, pero mostraremos, que el sentido de aquellos se forma junto con el de estos.

Recurriremos, asimismo, a la denominada «fenomenología del acontecimiento» para poner de manifiesto la interrupción de la subjetividad y la intencionalidad que la enfermedad ocasiona. Veremos que todavía hoy algunos de estos profesionales encuentran útil la fenomenología para comprender la depresión, la ansiedad y otros males tan extendidos en nuestro siglo.

Comenzaremos preguntándonos —con ayuda de ellos— por el «ser» de la enfermedad. Veremos después que su sentido se co-genera junto con el de la salud y que ambas forman parte del «ritmo» del existir, de la distancia en la proximidad que permite comprenderlo y restaurarlo cuando se pierde.



EL SER DE LA ENFERMEDAD. ¿HECHO, VALOR, ACONTECIMIENTO, FENÓMENO?

Michel Foucault criticó la reducción nominalista del ser de la enfermedad por la clínica (1963: 133). Sentenciaba que en 1816 desaparecía el *ser* de la enfermedad y pasaba a ser considerada un movimiento de los tejidos que reaccionaban a una causa irritante (ib.: 204). La filosofía de la enfermedad, en cambio, no deja de interrogarse por su ser.

La máxima fenomenológica de la «vuelta a las cosas mismas», tras la suspensión de las presuposiciones tradicionales y los prejuicios dualistas, es clave para re-describir las relaciones —entre la salud y la enfermedad, el médico y el paciente, la normalidad y las anomalías— de un modo distinto al meramente antinómico, e incluso discutir el paradigma de la salud, la normalidad y la autoridad médica.

La fenomenología y la hermenéutica inspirada en ella se interesan, sobre todo, por la enfermedad experienciada que repercute en todas las dimensiones de la vida. Por otra parte, su crítica del objetivismo de las ciencias particulares y de la tecnificación de la existencia sigue siendo fundamental para rescatar la actitud natural y el mundo de la vida (*Lebenswelt*) olvidado por el cientificismo, a pesar de ser el suelo (*Boden*) sobre el que se edifican la cientificidad y la racionalidad.

Aunque Edmund Husserl, el fundador de la fenomenología, apenas tematizó la salud y la enfermedad, compartía la tesis de la actitud natural de que la salud era una condición necesaria para el ejercicio de la vida racional, libre y evaluativa. Tenía conciencia de su *valor*, es decir, de que la salud siempre es mejor que la enfermedad y nos capacita para alcanzar objetivos. La recuperación fenomenológica de las motivaciones de las personas, de los valores y experiencias subjetivas, sin perjuicio de su interés descriptivo de la experiencia, y su búsqueda del sentido de los fenómenos, nos brindan un valioso marco para explorar la enfermedad y su ineludible relación con la salud. Aquella no se reduce a mera carencia de esta. Tampoco es un simple *hecho* registrable, sino el mal que acontece a quien la padece y tiene la posibilidad de expresarla y responder a ella tras la interrupción del significado y el alejamiento del mundo que provoca.

También a la inversa, la enfermedad es considerada por Havi Carel (2016: 223)¹ como un *fenómeno* que *invita a la fenomenología*, ya que desencadena una *epojé* o suspensión de las asunciones que generalmente damos por supuestas, y es una motivación para filosofar, para repensar el sentido y los valores, incluso en las situaciones en las que han entrado en crisis.

La enfermedad podría ser un fenómeno —en sentido estrictamente fenomenológico— si se diera a la conciencia sin prejuicios y si esta se dirigiera

1. Si no se especifica lo contrario, las traducciones son de la autora.



a ella intencionalmente como a un objeto, pero esto solo ocurre cuando la tematizamos, no cuando la padecemos. Tampoco parece ser ni un hecho acabado ni un valor —generalmente negativo— absoluto. Lo mismo puede decirse de su contraria, la salud. No obstante, ni la enfermedad ni el término «enfermo» son neutros. «Enfermo» no designa un simple estado del ser humano, sino que expresa un juicio de valor que implica ser «nocivo», «inferior». Pese a esta evaluación —implícita o explícita—, en los individuos que enferman se manifiesta una «hondura» que no pertenece a la enfermedad como objeto empírico, «sino a la historicidad de los individuos» (Jaspers, 1977: 360), a la continuidad y narratividad de su vida y a sus significados sedimentados. Las ciencias de la salud no se sienten concernidas por esta profundidad ni por las connotaciones normativas de la enfermedad, pese a su influencia en la concepción dominante de la enfermedad en los distintos medios culturales. El influjo de la normatividad histórica y social demuestra que el sentido de la enfermedad no depende únicamente del organismo ni del juicio médico pues «la enfermedad es una reacción de la constitución a las influencias del mundo circundante» (ib.: 525)². Cada paciente tiene el suyo y reacciona a él de modo diferente. El análisis clínico, sin embargo, no observa la riqueza de estas relaciones. Agrupa los hechos y reacciones repetibles en casos clínicos, pero las personas no nos sentimos casos. Se ocupa de la enfermedad como un *hecho*. Podría calificarse como tal una lesión localizada cuya causa no se conoce todavía, pero ¿qué significado puede tener el «hecho» psicológico del que se ocupa la psicología empírica?

Aplicando la sentencia husserliana, «ciencias de meros hechos hacen hombres de meros hechos» (Husserl, 1976: 4) a las ciencias de la salud de nuestra época y, en general, a las ciencias fácticas, diríamos que necesitan fundamentarse, porque el método inductivo-experimental que emplean no es capaz de dar sentido a los hechos que, además, únicamente son momentos de un proceso. Los *facta* no tienen en sí su razón de ser, su motivación ni su intención. Las ciencias que excluyen por principio todo lo que no es un hecho no tienen nada que decir acerca de las cuestiones más candentes para los seres humanos ni del sentido o sinsentido de la existencia, de su razón o sinrazón. A juicio de Husserl, las ciencias meramente fácticas eran consecuencia de la crisis de racionalidad de su época que había dejado atrás el carácter unitario (teórico-práctico y axiológico) de la razón y había impuesto una sola de sus dimensiones dogmática y unilateralmente.

2. El concepto de «reacción» empleado por Jaspers difiere notablemente del de «responsividad» al medio de Goldstein al que nos referiremos.



Los hechos no hablan *per se*, sino que necesitan ser interrogados retrospectivamente —preguntando por sus orígenes, su pasado— y hacia adelante —indagando su continuación, su relación con hechos futuros, proyectos y fines—, e interpretados para que se comprendan y arrojen sentidos. Cuando se cuantifican y se vacían de contenido convirtiéndose en datos, cuando los valores se eliminan o se operacionalizan, son arrancados de la *realidad*, ya que esta es subjetiva-objetiva, interior-exterior. No solo se descartan los valores y los sentimientos humanos, borrando así toda la dimensión «interior» de la realidad —es decir, de lo que se nos resiste—, sino que se defactualiza la propia realidad de la enfermedad quedando reducida a lo que los expertos dicen de ella, o incluso al acopio de sus síntomas y efectos en el objeto-cuerpo. Nos quedamos, entonces, sin realidad de la enfermedad porque abstraemos de ella los sentidos y las creencias que, siguiendo a Ortega y Gasset, son la realidad en la que nos encontramos, nos movemos y somos.

¿Cómo van a lograr estas ciencias de solo hechos restaurar la salud y el bienestar de los seres humanos si no exploran el sentido de la salud, del bienestar y de la persona? No parece que lo consigan concibiendo hegemónicamente la medicina científica y objetivando la enfermedad, centrándose en la clínica y reduciendo la compleja realidad de la persona a la dimensión biológica y psicobiológica.

En contra de esta tendencia, el neuropsiquiatra Kurt Goldstein (1951: 330) declara que el conocimiento biológico es constitutivamente inacabado y que solo podemos esperar de él «una *aproximación creciente a la verdad*» que no es del tipo de la de una serie matemática. Este conocimiento no es ni estrictamente cuantitativo ni está determinado por la ley de la causalidad y el determinismo mecanicista. Goldstein comprende globalmente el organismo, de modo que, cada una de sus «partes» solo puede conocerse a partir del todo. Se enfrenta así al reduccionismo físico-químico de lo biológico. La biología tiene como objeto la «totalidad» (ib.: 340).

Merleau-Ponty y Husserl se interesan asimismo por la ciencia de la vida como una totalidad. En el anexo XXIII al §65 de *Die Krisis*, que fue traducido e interpretado por Merleau-Ponty en las notas de su curso de 1958-1959 en el Colegio de Francia, se dice que la biología tiene un sentido ontológico verdadero y auténtico y se convierte en ciencia universal cuando no se limita a estudiar una parte del ser, sino la vida como una totalidad. Así, y en correlación con la subjetividad trascendental, «deviene una filosofía completamente universal» (Husserl, 1976: 483)³.

3. Martínez (2024: 271) afirma que Husserl reconoce el carácter generativo de la naturaleza viviente. Siguiendo, además, a Gaitsch (2018), Martínez (2024: 136) sostiene que hay una generatividad biológica, y que la co-constitución del mundo humano según el



La realidad de nuestros días es muy diferente: ha desaparecido el interés por la filosofía —e incluso por la historia— de la biología. En su afán de acotar su objeto, la ciencia emplea el lenguaje solo para designarlo. Obvia la imbricación del pensamiento con el lenguaje y con cada lengua particular. Ilustremos esto con un ejemplo. Solo tenemos un término en castellano para designar la enfermedad. En inglés, por el contrario se refieren a ella como *sickness*, pero, sobre todo, como *illness* y *disease*. Los fenomenólogos y hermeneutas suelen estudiar la primera: *illness*, es decir, no el «hecho» ni el «objeto», sino la *experiencia* de estar enfermo. La enfermedad se les revela, entonces, como una modalidad del existir; guarda relación con el cuerpo vivido, con la perspectiva del paciente y con los métodos comprensivos y cualitativos. En cambio, *disease* designa una patología concreta; está asociada a un órgano del cuerpo biológico, a la perspectiva del médico y a los métodos explicativos y cuantitativos.

La hermenéutica y la fenomenología, aun estando fundamentalmente orientadas a la comprensión no objetivante, no excluyen la explicación e intentan mediar entre la experiencia vivida y la experiencia científica. Kay Toombs (1992) lo hace aplicando el análisis fenomenológico psicológico al estudio de la relación entre el significado que tiene la enfermedad en ambos mundos: el de la vida y el mundo de la ciencia, así como entre su sentido para el paciente y para el médico. Aquel vive la enfermedad (*illness*) y reflexiona sobre ella en primera persona, mientras que el médico piensa la experiencia vivida por el paciente como un estado de la enfermedad (*disease*) que debe ser diagnosticada y tratada. Gracias a la mediación entre ambas, la actitud natural de la experiencia inmediata puede conectarse con la actitud naturalista de las ciencias, que, generalmente, hacen abstracción de aquella. La experiencia subjetiva y la objetiva se imbrican.

Paralelamente a la distinción entre *illness* y *disease*, Toombs (1992: xvi) diferencia el sanar (*healing*), que requiere comprender la enfermedad como vivida, del curar (*curing*) una herida o un trastorno concreto. El dolor y el sufrimiento no se curan, sino que deben gestionarse. Por eso, Kevin y James Aho (2008: 150) creen que la medicina fenomenológicamente informada, más que dirigirse a eliminar las patologías orgánicas, debe ayudar a los pacientes a negociar sus crisis vitales.

La fenomenología se interesa por la enfermedad como *illness* porque es una experiencia vivida de crisis, de extrañeza y, en definitiva, de no-familiaridad que nos des-subjetiviza y recuerda la importancia del cuerpo que,

mundo familiar y ajeno no solo depende de una historia cultural, —de la que carecen los otros seres vivos—, sino también de una historia natural.



cuando enferma, pesa y se aliena. Richard Zaner (2006)⁴explora así la enfermedad: como una situación límite que arroja luz sobre la corporalidad humana que normalmente nos pasa desapercibida porque, cuando estamos sanos, no sentimos limitación orgánica alguna para relacionarnos y llevar a cabo nuestros proyectos.

La enfermedad, en cambio, no solo implica la irrupción de algo extraño, doloroso e inesperado, sino también una conmoción, una transformación de nuestra vida (Carel, 2016: 14) y, en definitiva, «una profunda perturbación del sentimiento existencial» (ib.: 96). Es una disrupción devastadora de la *normalidad*, pero también una oportunidad para re-examinar la vida personal y sondear cómo mejorar lo que no nos convence de ella. Aunque altera nuestros planes cotidianos, nos da la oportunidad de explorar dimensiones de nuestra relación con el mundo que *normalmente* pasarían desapercibidas. Muestra, además, las limitaciones de la espontaneidad subjetiva ante lo que acontece y, por tanto, es una experiencia de vulnerabilidad y fragilidad del sujeto que la experimenta en su carne y en la de los otros. Puede ser una experiencia de agrietamiento de la subjetividad para abrirse a lo otro (al conocimiento de la enfermedad, de sus efectos, de los seres que sufren) y una experiencia de acogida. En general, es capaz de hacernos cambiar nuestras prioridades.

Pero, estas potencialidades de la enfermedad ¿se encuentran en ella misma, aislada de toda otra realidad?

CO-GENERATIVIDAD DEL SENTIDO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD, LA NORMA Y LA ANOMALÍA

Antony Steinbock, el más destacado representante de la fenomenología generativa en la actualidad, sostiene que la dimensión generativa de la experiencia se atiene a la estructura *home/alien* (mundo familiar/mundo ajeno) y consiste en «la generación de sentido históricamente significativo que es expresado como relación irreducible e irreversible del mundo familiar y el mundo ajeno» (1998: 8). Este último es «ajeno», porque no es familiar-originario y su sentido se constituye desde *home*. Como hemos explicitado en otro lugar (2024b), esta estructura no solo es co-generadora de sentido sino generadora de obras y realidades gracias a ese movimiento tensional que trasciende la mera correlación sujeto-objeto y no dista demasiado de lo que Steinbock denomina «generatividad»: «el *movimiento* mismo en el que

4. Este filósofo ha complementado en los últimos años su interés fenomenológico con su práctica como ético clínico en un hospital universitario. La realidad ética, tal y como él la entiende, se produce en el encuentro clínico del paciente, su familia y amigos con el médico.



surge la relación *homelalien*, su *tensión dinámica* (...). La fenomenología versa sobre la “Generatividad” desde el principio (...) es *movimiento generativo* en su propio desarrollo» (2022: 394. El subrayado es nuestro).

En consecuencia, hay reciprocidad y cierta reversibilidad —no cronológica, sino «siempre inminente y nunca completamente realizada» (Merleau-Ponty, 1964, p. 194)— en la co-generación de mundos familiares y ajenos, mundos que, por otra parte, se desarrollan coexistiendo en el mundo de la vida (*Lebenswelt*). En su seno, lo que creemos más propio y, a veces, no es sino una apropiación de lo que creíamos extraño, se entrelaza con lo ajeno que, sin embargo, ya formaba parte de nosotros, aunque no fuéramos sus autores. Un ejemplo de ello es la relación entre salud y enfermedad: esta no surge desde la experiencia del mundo familiar porque, en dicho mundo, la salud nos pasa desapercibida cuando vivimos confortablemente en él gracias a ella.

En contraste, la enfermedad interrumpe nuestra relación con el mundo familiar. Cuando se cronifica y sus efectos se aminoran o nos habituamos a convivir con ellos, cambiamos también nuestro modo de relacionarnos con el mundo con el fin de instituir una nueva familiaridad que incorpora lo extraño.

Con esto queremos decir que los «polos» de la generatividad no son dos absolutos ante la mirada de un tercero, sino procesos de familiarización-extrañamiento, de identificación en el seno de las diferencias. Así, cuando alguien observa su propia imagen bidimensional en el espejo o escucha su voz en resonancia, está aprendiendo al mismo tiempo a diferenciarse de otro, porque el espejo y el eco le muestran a ese o esa que ven los otros.

Lo familiar y lo ajeno no solo son, por tanto, co-generativos «en el sentido de que se encuentran en un devenir histórico continuo como delimitados uno de otro» (Steinbock, 1995: 179), sino que también se co-generan en su interacción y transformándose el uno en el otro. Así sucede en todos esos procesos que no ocurren «sobre» o «por encima» de las generaciones, —esto sería todavía una modalidad de pensamiento de *survol*—, sino «entre» ellas, como la juventud, la madurez, el envejecimiento. Comprendo las otras edades desde la mía, pero también mi propia edad vital es instituida por ellas (la infancia nunca se deja atrás) y por la narratividad —de mis contemporáneos y mis antepasados— que rellena los vacíos de mi sentido (mi nacimiento, por ejemplo). De ahí la necesidad de pensar la enfermedad en relación con la salud, y a la inversa, así como el imperativo de tematizar el intervalo entre ellas, porque nuestro mundo familiar se torna ajeno cuando nos sobreviene la enfermedad, y va dejando de serlo cuando ella nos frecuenta. Lo importante es ese «entre» que se teje con ambos.

Un interesante balance de esta interrelación es la definición de Goldstein de la salud como *responsividad* del individuo respecto a su medio,



concretamente, como la correspondencia perfecta entre las manifestaciones externas de su vida con sus necesidades biológicas entendidas desde la confrontación entre su situación de vida exterior y su capacidad funcional fisiológica. Por su parte, la enfermedad sería la «responsividad defectuosa» (1951: 347), no una disfunción o malformación de determinado órgano, puesto que el organismo funciona como un todo en relación con el mundo, y la enfermedad transforma esa relación en su conjunto.

En otro trabajo (2025c) he analizado las repercusiones de la pasividad-actividad de la responsividad del *pathos*. El de la enfermedad ha sido definido por Rudolf Bernet como una *fuerza responsiva*, es decir, como una «acción pasiva» (2020: 20) que soporta una afección y contiene una potencialidad de reacción no refleja ante algo que nos asalta. Esa fuerza está presente en el padecimiento más común: en el dolor que moviliza las fuerzas para recuperar la salud, la cual es definida por Bernet como «un equilibrio frágil y variable entre las fuerzas vitales pasivo-activas de un cuerpo y un espíritu» (2020: 32). Volveremos a este *equilibrio inestable* más adelante.

Así pues, el organismo funciona como un todo en relación con el mundo, y la enfermedad altera esa relación. No todas las modificaciones causadas por la enfermedad en nuestra responsividad son, sin embargo, patológicas, sino únicamente aquellas que ponen en peligro la existencia. El individuo con secuelas funcionales que no la comprometen, puede considerarse sano si presenta un comportamiento ordenado por una nueva *norma* individual (Goldstein, 1951: 350) que le permita cumplir con éxito las tareas que le propone su medio (ib.: 341). La norma viene, por tanto, del entorno con el que uno se relaciona y el comportamiento ordenado es la respuesta a la norma. Esta concepción de la norma difiere de las tradicionales: tanto de la idealista como de la objetivista, es decir, de la norma entendida como tipo ideal y como norma estadística, respectivamente. Ni una ni otra explican las numerosas desviaciones existentes.

Acostumbramos a entender la enfermedad como una desviación de la norma ideal o bien de la norma estadística de la salud, pero no podemos considerarla así para todos los seres humanos. En el caso de los grupos de edad avanzada, p. e., y, a pesar de que la vejez no es una enfermedad, es habitual escuchar a los médicos decir que los achaques de los que se quejan los ancianos «son algo propio de su edad», como si fueran anomalías normales cuando, como dice Simone de Beauvoir, la vejez «es un estado normalmente anormal» (2020: 402)⁵.

5. De Beauvoir ha criticado la marginación de los ancianos y el edadismo que considera anormal todo lo que se asocia con ellos, particularmente, su cuerpo. Me he pronunciado contra su propia concepción todavía negativa de la temporalidad en la vejez (López, 2024a), así como contra el edadismo del cuerpo normativizado (2025b).



Goldstein diría que la enfermedad es una desviación negativa del orden responsivo y una modificación del organismo. Analiza la alteración de la existencia que ocasiona y el «*estar enfermo*», más que la enfermedad en sí (Goldstein, 1951: 343), pues esta es tan ambivalente como el concepto de norma. Estar enfermo es una *anomalía* para un gran número de personas, «pero no toda anomalía es una enfermedad» (ib.: 342). La anomalía es una desviación de la norma en cuanto a sus elementos constitutivos (ib.: 362) y en relación con una norma supra-individual que, siguiendo a Jaspers, proviene de los diversos medios socioculturales.

Lo anómalo, finalmente, se pone de manifiesto en contraste con el fondo de experiencias fundamentales que nos pasan desapercibidas en el estado normal en el que desarrollamos libremente nuestras actividades. Si se altera la responsividad, cambia también lo que se considera normal: el comportamiento ordenado que, por otra parte, puede perderse y volver a reestablecerse. Por tanto, ni «lo normal» es una categoría inmutable ni las alteraciones de la norma son signos de enfermedad; algunas incluso tienen valor de «medios de protección» del estado de salud del organismo en un medio modificado (Goldstein, 1951: 351). Lo principal es que el organismo modificado no se aísle y encuentre en el mundo un nuevo «entorno» (ib.: 355).

En realidad, la salud es la capacidad del individuo para auto-realizarse y cada ser humano es la medida de su propia normalidad. Las alteraciones de la norma no solo no son signos de enfermedad; algunas de ellas tienen incluso valor de medios de protección frente a los peligros provocados por una modificación inevitable. La salud o responsividad, por su parte, implica adaptación a un medio personal y se recupera en un medio modificado si se cumple la relación entre las operaciones posibles y las alteradas mediante una nueva norma individual.

Esto no se comprende cuando la concepción *a priori* del ser humano normal determina la de lo anómalo e identifica a este con lo patológico. Los médicos humanistas influidos por la fenomenología se proponen, al contrario, comprender críticamente la «normalidad» del ser humano que ha sido cosificado en la práctica clínica. Al mismo tiempo que rechazan la normalización impuesta y reificadora, intentan entender la norma y la normatividad como sedimentaciones del comportamiento y de los hábitos de la vida cotidiana, porque la fenomenología no concibe la normalidad y la anormalidad en términos absolutos, sino formando una estructura co-generativa de sentido y como *praxis*.

Decía Unamuno que no había una noción normativa de la salud y que el hombre era un animal enfermo porque lo que le distinguía de los animales era la conciencia, y «la conciencia es una enfermedad» (1982: 39). Naturalmente, hay que comprender sus palabras en el marco de su concepción



del sentimiento trágico de la vida, un sentimiento motivado por el anhelo humano irracional de vivir para siempre. En cuanto a la salud, la entiende como una categoría abstracta, algo que no se da, rigurosamente hablando (ib.: 41), ya que un hombre completamente sano, carecería de conciencia y ya no sería hombre, no tendría afán alguno por el conocimiento reflejo o por la razón, que es el distintivo humano.

Ni esta definición esencialista, ni la que convierte a la salud, bien en norma ideal bien en norma descriptiva estadística, parecen suficientes. Delatan una mala ambigüedad porque podrían aplicarse del mismo modo a la enfermedad, y decir que esta es igualmente abstracta por ser conciencia —en el caso de Unamuno—, o que es un fenómeno «normal» por el hecho de estar «generalizado», es decir, porque todos hemos padecido o sufriremos alguna enfermedad. De ordinario suponemos que la enfermedad es un estado anormal con relación a la persistencia de la vida saludable, que sería la norma en sentido normativo, pero lo «normal» no siempre es lo normativo y, a veces, lo normativo solo es lo que ha sido normativizado.

En el preámbulo de su constitución, la OMS define la salud como «un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad»⁶. Ni la enfermedad es privación de salud ni esta se reduce a un promedio; ni siquiera consiste en un estado normal, sino óptimo. No designa tampoco el *telos* de la vida, sino un estado necesario para desarrollarla. Hans-Georg Gadamer niega que la salud sea un fin en sí: «El fin es la incorporación del paciente a su originario lugar en la vida cotidiana. Esta es la recuperación completa y suele ir mucho más allá de la competencia del médico» (1996: 145). Así pues, la salud no es la meta, sino una parte de la reintegración a la existencia.

Un buen estado de salud no significa ser inmune a la enfermedad, sino poder enfermarse y, después, restablecerse.

Además de tener presente esta interconexión y sus cambios, proponemos abordar la relación entre lo normal y lo patológico teniendo en cuenta la estructura fundamental de la fenomenología generativa: la co-generatividad entre mundo familiar y mundo extraño, así como entre normalidad y anormalidad, donde un término da sentido al otro, y viceversa.

Gail Weiss la ha explorado poniéndola en relación con los análisis de Merleau-Ponty de la disfuncionalidad, tanto desde la perspectiva de la experiencia en primera como en tercera persona. Ha mostrado que lo que puede y debe ser normal —lo normal normativo o prescriptivo— se juzga anormal cuando viola las normas perceptivas y conceptuales que evitan

6. Cfr. OMS, 2014. Esta definición no ha sido modificada desde 1948.



que reconozcamos la rica perspectiva que pueden ofrecer las personas con alguna disfunción. Ante este sesgo, resulta necesaria la subversión, es decir, «la normalización de lo anormal» (Weiss, 2017: 211). Este cambio de perspectiva descubre, por ejemplo, que el cuerpo con alguna disfunción no es anormal, sino un cuerpo y una funcionalidad normativamente especial que se ha construido con un privilegio asimétrico a través de modos específicos de apropiación y desapropiación del sentido sedimentado. Estos modos expresan, en realidad, estilos particulares de acceso y comprensión de la realidad, algunos de los cuales, por diversas razones, han sido despreciados.

Se suele comprender lo anormal como una desviación de lo normal sin percibir que este solo existe por aquel y que la desviación no tiene por qué ser negativa. Se trata más bien de un movimiento de diferenciación que estiliza lo que percibimos y va definiendo nuestro modo de ser-en-el mundo. Lo normal, por su parte, no es algo natural que exista desde siempre, sino el resultado de una normalización sociocultural que varía históricamente y casi nunca está orientada imparcialmente.

La experiencia vivida de la enfermedad, así como la de las infracciones a la norma, contribuyen a que tomemos conciencia de la salud y de la normalidad, respectivamente. La fenomenología no se limita a describir la experiencia vivida normal, sino que la estudia como estilización y como familiaridad, en tanto modo óptimo de constitución de sentido. En consecuencia, la experiencia anómala, —la del sufrimiento o la enfermedad—, constituye una desviación de lo óptimo. Este no solo es «el estado de completo bienestar» que, de acuerdo con la OMS, define la salud; tampoco es lo considerado mayoritariamente normal, sino lo que es capaz de optimización e institución de nuevas normas (Steinbock, 1995: 138). Así, p. e., lo óptimo como norma de buena salud se ha ido revelando a lo largo del tiempo como evitación de los hábitos nocivos y optimización de una dieta, que es la que ahora guía nuestras intenciones y decisiones alimentarias. Los hábitos perjudiciales son sustituidos por otros saludables. La alimentación variada y rica, que se consideraba anómala en otras épocas en las que la dieta estricta o la ausencia de dieta era la regla, se convierte en institucionalizada de nuevas normas.

El filósofo japonés Yasuo Yuasa, buen conocedor de la fenomenología, fue todavía más allá de la consideración de lo normal como optimización, asegurando que era necesario complementar la terapia, orientada a llevar al paciente de un estado anormal a otro normal, con las técnicas orientales de auto-cultivo, cuya meta trasciende los estándares de normalidad en su sentido cotidiano (óntico). Interpretaba críticamente los conceptos de «normalidad», «anormalidad» y «salud», explicitando la idea de Erich Fromm de la super-normalidad, y afirmaba que las prácticas orientales, concretamente,



el auto-cultivo significaban «buscar un modo de vida más elevado que la manera de vida corriente» (1987: 208).

A mi juicio, el cuestionamiento del sentido único de las correlaciones y de la generatividad establecida y dada por sentada, así como la reciprocidad entre lo familiar y lo ajeno redundan en una pluralidad de significados ante los que no podemos permanecer indiferentes. No solo hay co-generatividad de sentido entre lo patológico y lo saludable, la normalidad y la anormalidad, sino que esta generatividad recíproca se extiende a la conformación del uno por el otro y a la creatividad de nuevas «normalidades», creatividad que, siguiendo a Goldstein, caracteriza al ser humano «normal» y al organismo responsivo, lo cual refleja que lo normal no es un criterio inmutable ni suficiente para estudiar la enfermedad (*illness*).

En esta misma línea de co-generación del sentido, Fredrik Svenaeus (2011: 94) piensa la salud como el ser-en-el-mundo hogareño (*homelike*) y como trascendencia rítmica. La enfermedad, en cambio, sería *unhomelike* y una alteración de ese ritmo. El cometido de la medicina consistiría en devolver al paciente esa sensación de hogar que es la salud (ib.: 113).

Erwin Strauss (1966: 274), en cambio, sospecha de esa familiaridad. Parte de su experiencia como neurólogo para luego hacerse preguntas filosóficas desde la fenomenología. Estudia las alteraciones de lo normal como modos patológicos y «desacoplados» de ser-en-el-mundo. Los interpreta como rupturas de la norma, que nos ayudan a entenderla, y como fracasos de los proyectos existenciales. Debemos partir de esos otros modos de vida —trastocada, extrañada— en los que nos introducen estas fracturas, y no de la norma, pues esta puede estar llena de prejuicios o actuar como esa familiaridad que determina todas las concepciones posibles de los fenómenos patológicos evitando así la distancia que hace posible su verdadera comprensión (ib.: 277).

Con objeto de huir de las oposiciones binarias de los falsos absolutos, proponemos mantener la tensión que somos practicando una distancia en la proximidad (entre médico y paciente, lo normal y lo patológico o la salud y la enfermedad), porque la reflexión sobre lo irreflexivo (la vida, la existencia) exige que nos distanciamos provisionalmente de lo que nos incumbe para pensarlo sin dejarlo atrás creyéndolo superado por la reflexión.

TENSIÓN Y DISTENSIÓN. ALTIBAJOS EN EL RITMO DE LA EXISTENCIA

Parece incontrovertible la correlación entre el sentido de la salud y de la enfermedad que ha sido defendida por nosotros y por todos los autores aquí mentados, pues la primera nos pasa desapercibida cuando gozamos



de ella y nos auto-realizamos sin trabas. En cambio, la enfermedad que lo impide o ralentiza, nos hace tomar conciencia del valor de la salud de la que carecemos. Ni una ni otra son hechos puros. Tampoco son modalidades de la conciencia, sino del existir.

En esta línea, Merleau-Ponty explica la enfermedad como un *relajamiento* del *arco intencional* de la existencia. Este término está basado en los de «esquema corporal» e intencionalidad motriz hacia el mundo y los otros. Los «extremos» del arco no se oponen, sino que interaccionan (Merleau-Ponty, 1972: 158), pues el arco no es un objeto, sino una función que subtiende todas nuestras relaciones, reúne nuestros sentidos, los sentidos con la inteligencia y la sensibilidad con la motricidad. El yo no es el único artífice de este arco que proyecta a nuestro alrededor nuestro pasado, nuestro futuro, nuestro medio humano y nos sitúa en todas estas relaciones. Revela un nivel más originario de intencionalidad que el de los actos de la conciencia.

Cuando el arco se destensa, se pierde la fuerza tensional que es la existencia y sucumbimos a la actividad frenética o a la pasividad paralizante. Retomando el ejemplo merleau-pontiano de la joven a la que se le ha prohibido ver a su amado y no come ni bebe porque sus relaciones con la vida en el medio familiar se han roto, diríamos que su arco intencional se ha aflojado tanto como se ha coartado su deseo. En cambio, el arco en tensión da vitalidad y fecundidad a las relaciones y a la experiencia del individuo sano.

De acuerdo con el fenomenólogo francés (1988: 55), la enfermedad es un comportamiento, no una causalidad ciega; es «una toma de posición del organismo con relación a las condiciones impuestas por cierto estado del organismo» (ib.: 455-6); es decir, la enfermedad es una auto-regulación, un *equilibrio en otro nivel que el normal*, lo que implica que la conducta patológica no está exenta de sentido. Su interrelación con el comportamiento considerado normal puede enriquecer considerablemente a ambos. De ahí que, siguiendo a Minkowski, Merleau-Ponty (ib.: 56) afirme que observar al enfermo no es sino dialogar con él y que, en el curso de dicho diálogo, se definen y diferencian lo «normal» y lo «patológico», de modo que no es la autoridad médica la que impone lo «normal». Destaca una de sus diferencias: el enfermo afectado por una patología psíquica ya no puede oponer el mundo vivido al imaginado (ib.: 229), porque vive en lo actual. Se limita a eso que encuentra en sus contactos efectivos y en sus movimientos concretos. Es incapaz de jugar, es decir, «de disfrutar cambiando de medio» (Merleau-Ponty, 1972: 157). Su motricidad, que es la «intencionalidad originaria» (ib.: 160), —el «yo puedo» y el «yo nuevo y me nuevo» anterior al «yo pienso»—, ya no se expresa en esa «función única» que es el «movimiento



de la existencia»⁷. No puede anticipar e inhibe el llegar a ser. El individuo normal, en cambio, cuenta con lo posible, con un poder-ser que atiende a la sollicitación del mundo para hacer cosas y a la llamada de los otros para establecer relaciones. Su cuerpo es centro de acción virtual hacia sí y hacia los objetos; de ahí que sus movimientos puedan ser abstractos (ib.: 127).

El mundo del enfermo se constriñe mientras su cuerpo se «encoge». Dispone de él como un medio de inserción en un entorno familiar, no como expresión de un pensamiento espacial libre (ib.: 121). Ilustra esta relajación del arco intencional con el paciente de Gelb y Goldstein: Schneider, cuya inteligencia general está intacta a pesar de haber sufrido daños en el lóbulo occipital. Su enfermedad afecta a la potencia de existir que está por debajo de la inteligencia, al núcleo personal. Para comportarse, precisa reglas fijas que lo sustraigan de lo aleatorio del existir. No es capaz de tomar iniciativas ni de improvisar y tiene que planear de antemano sus respuestas o declaraciones. Cuando necesita realizar movimientos no habituales, debe ejecutar antes movimientos preparatorios que le den unos asideros (*prises*) en su cuerpo (ib.: 157) tocando, por ejemplo, su mano derecha para girar en esa dirección.

No es lícito, sin embargo, deducir las deficiencias de las suplencias por un simple cambio de signo, de lo positivo a lo negativo o a la inversa, sino que «hay que comprender las suplencias como suplencias, como alusiones a una función fundamental que tratan de reemplazar y de la que no nos dan la imagen directa» (ib.: 125). Análogamente, lo normal no puede deducirse de lo patológico.

En el marco de la dialéctica entre opuestos y la tensión existencial que aquí defendemos, algunos autores piensan que alcanzamos la salud aprendiendo cómo sufrir, porque el sufrimiento es una pasividad activa por la que se puede transformar la experiencia del dolor que lo causa mediante una relación constructiva que ha sido denominada «salud existencial». Esta no se contrapone a las enfermedades particulares; consiste, más bien, en «una relación intencional y reflexiva con experiencias de salud y enfermedad» (Sigurdson, 2019: 96). Tematizándolas aprendemos a conocerlas, a comprender mejor la salud y a nosotros mismos.

7. Husserl otorgaba una gran importancia al movimiento. Consideraba que el «yo muevo» y el «yo hago» precedían incluso al «yo puedo hacer». El «yo puedo» es capaz de representarse sus propios movimientos (Husserl, 1952: 261). Las cinestesis perceptivas que el fundador de la fenomenología describe dependen del movimiento corporal, pero este no afecta a la intencionalidad de la conciencia. En cambio, Merleau-Ponty considera que la intencionalidad originaria es motriz o corporal.



Goldstein ve el sufrimiento como la cara subjetiva de la enfermedad. Esto implica que hay en él algún elemento activo, valorativo, que lo diferencia del simple padecimiento de una dolencia. La ciencia médica no tiene la pretensión de ahondar en esta distinción. Ciertamente, la fisiología se ha interesado por la conciencia del dolor en tanto funcional, es decir, como fenómeno que salvaguarda la salud dando la voz de alarma sobre algún desequilibrio. Por su parte, la patología se centra en el estudio médico de la enfermedad (Illich, 1976: 17). La psicopatología fenomenológica, ejemplificada aquí por Goldstein, se aproxima a ella y al comportamiento considerado anómalo con la intención de comprender globalmente al ser humano y afrontar sus problemas existenciales. Este es asimismo el objetivo del psiquiatra y neurólogo Viktor Frankl.

Como apuntamos, Goldstein decía que una anomalía no siempre era patológica. Frankl (2010: 9) asegura que el padecimiento no tiene por qué indicar una anomalía que cause mal o dolor. Podemos encontrar un sentido en él y transfigurarle en algo positivo gracias a la logoterapia, la cual sigue la vía fenomenológica y axiológica del ser humano corriente. Estudia cómo este ser afronta el sufrimiento inevitable y advenido, que puede posteriormente convertirse en una forma de realización de valores actitudinales como la auto-configuración, pues sufrir significa obrar, madurar y crecer (ib.: 123).

El sufrimiento es un logro humano cuando nace de la frustración existencial que «no es patológica ni patogénica» (2024: 131), sino involuntaria y no intencional, pero a la que se puede responder buscando otros sentidos y valores. Esta respuesta activa al sufrimiento no procede del equilibrio personal interno, sino de la *tensión inherente al ser humano* (p. e., de la tensión entre lo que se es y lo que se debe ser, entre lo que se ha logrado y lo queda por lograr). En palabras de Frankl, la tensión «es un requisito necesario para la salud mental» (ib.: 132)⁸, porque ni siquiera nuestra vida cotidiana es un equilibrio íntegro, sino una constante lucha por la estabilización, bien para adaptarnos a los cambios acontecidos, bien para perseverar en nuestras metas.

Esta idea de la salud como existencia tensional lleva a Frankl a considerar que la función del psiquiatra es guiar al paciente a través de su crisis existencial, una crisis que, a pesar del cambio brusco y profundo que supone, de acuerdo con su etimología (κρίσις), también puede ser una ocasión

8. Repare el lector en que esto lo dice el neurólogo que estuvo varios años recluido en campos de concentración.



para reflexionar sobre la situación previa y actual, enjuiciarlas y hasta lograr un crecimiento interior si todavía se revelan fines que perseguir.

El vacío existencial —«la neurosis colectiva más frecuente en nuestro tiempo» (Frankl, 2024: 155)— parece excluirlas. El existencialismo, por su parte, restringe los fines a los proyectados libremente por el individuo. Frankl lo matiza haciendo de la libertad la otra cara de la responsabilidad. Ambas son fundamentales para desarrollar la capacidad de descubrir el sentido de la existencia, un sentido que se ha de buscar en el mundo, no dentro de la psique. Este anti-psicologismo es tan característico de la fenomenología como su crítica del objetivismo de las ciencias que desestiman los valores y las motivaciones de las personas. Incurre en esta objetivación la medicina centrada en el estudio del cuerpo objetivo y, debido a su elevada especialización, tal vez hasta en algún órgano de este. Para mitigarla, Svenaeus (2011: 69) propone complementarla con una fenomenología de la salud. Describir el funcionamiento vivido del organismo por la persona como un todo requiere, además, un lenguaje diferente del de la ciencia.

No cabe duda de que la clínica ha progresado mucho en el estudio y tratamiento farmacológico de las enfermedades concretas, entendiéndolas como disfunciones fisiológicas, buscando sus causas (patógenos, comportamientos, etc.) y hasta su prevención. Sin embargo, estos avances no nos dicen nada sobre el sentido de la existencia, las enfermedades carentes de causa ni el sentirse enfermo sin disfunción alguna.

La salud y la enfermedad mental guardan relación con las disfunciones y las enfermedades orgánicas, pero no pueden comprenderse por ellas. Se prestan, en cambio, al análisis fenomenológico, en particular a la descripción de las experiencias vividas por los enfermos. De ahí que la fenomenología haya jugado un papel esencial en la historia de la psiquiatría. Destaca a este respecto la contribución de Karl Jaspers, pionero en psicopatología fenomenológica, junto con la de muchos otros médicos humanistas y pensadores actuales de la fenomenología en su relación con la psiquiatría⁹. Ellos, a diferencia de los médicos clínicos, han comprobado la estrecha relación entre la experiencia del sufrimiento y la de estar enfermo. Ciertamente, el *pathos* que porta lo patológico altera el estado normalmente sano, pero la enfermedad es una forma de vida, aunque extrema, no una anormalidad ni una alteridad radical. «Lo sano», por su parte, suele juzgarse como lo adecuado para la mayoría. Sin embargo, estar sano no es el promedio en toda situación y contexto.

9. Véase, por ejemplo, Ratcliffe (2008; 2015).



En consecuencia, la enfermedad no es una desviación del «promedio». Rompe las reglas del funcionamiento psico-físico normal e interrumpe rutinas, destroza expectativas y fomenta desórdenes. Esto se agrava más en nuestros días, en los que nos sentimos forzados al límite, y el estrés y la ansiedad pasan a formar parte de nuestras vidas hasta el punto de haberse convertido en las nuevas normalidades de un buen número de individuos y sociedades.

Enfermedad y salud no son fenómenos meramente individuales. Hay males y anomalías sociales que repercuten en los individuos. Asimismo, «aunque muchas enfermedades pueden ayudar a mantener el orden social (al menos dentro de unos límites) y hacer que los «normales» se sientan mejor consigo mismos, desde el punto de vista de las víctimas, generalmente las enfermedades suelen entrañar angustia y sufrimiento»¹⁰ (Aho & Aho, 2008: 59). En nuestras sociedades positivas, estos padecimientos rara vez se asumen como negatividad constitutiva del movimiento de apertura al futuro. La fenomenología crítica no ignora estas implicaciones intersubjetivas y socio-culturales de la enfermedad y es una gran aliada de la sociología que las aborda¹¹.

Svenaeus ha desarrollado un análisis fenomenológico y hermenéutico de la salud en relación con la enfermedad y como aspectos complementarios de nuestro ser-en-el-mundo. La fenomenología ayuda a conceptualizarlas porque estudia el *significado* de los fenómenos. Ni la enfermedad ni la salud son, sin embargo, intencionales, es decir, fenómenos *hacia* o dirigidos a objetos. Más bien, son fenómenos *a través* de los cuales vivimos (2011: 80).

Desde nuestra perspectiva, los fenómenos de la salud y la enfermedad también pueden estar orientados intencionalmente a proyectos de vida —p. e., una vida saludable y duradera— que eviten o pospongan la enfermedad y minimicen sus consecuencias. La práctica diaria de esta intencionalidad propositiva acaba convirtiéndose en un hábito, en una forma de vida y en un ritmo de la misma. Por otro lado, la fenomenología no reduce la intencionalidad a la intencionalidad representativa, sino que retrocede a una intencionalidad más originaria que opera en nuestros actos, aunque de manera latente, así como a una intencionalidad afectiva e inversa (López Sáenz 2025a) que no viene de nosotros, sino de los otros, del mundo, del pasado. «Choca» contra nosotros provocando respuestas y desatando acciones.

Si nuestro cuerpo funciona bien, decimos que está sano. Nos pasa desapercibido el peso de su dimensión objetiva. En cambio, tomamos

10. Traducción de la autora.

11. Sobre este objetivo de la sociofenomenología, véase López Sáenz (2018). Para un tratamiento de la anomia social, Duvignaud (1990).



conciencia del cuerpo-objeto cuando vemos limitadas nuestras funciones habituales.

Como el cuerpo propio, la salud y la enfermedad también se viven y se expresan. Como el cuerpo objeto, la enfermedad ha sido considerada como un ente, así como un hecho advenido que debería ser eliminado. Solo la fenomenología la ha pensado en relación con la existencia rítmica y con la persona como una totalidad. No tendría sentido sin la salud que siempre se destaca de un fondo de inseguridades reales y posibles. La enfermedad se pone de manifiesto como lo amenazante que se debe prevenir y que, una vez nos asalta, se debe curar. La salud, por el contrario, no se auto-objetiva y no requiere tratamiento alguno. Existe porque, aunque no se manifiesta ante un examen, «forma parte de ese milagro que es el olvido de sí mismo» (ib.: 113). No es algo que se haga, un «hecho». Su «estado oculto» —tal y como reza el título de la obra de Gadamer— se debe a que «la meta suprema» (ib.: 9) de la recuperación consiste en olvidar que se está sano. ¿Es ese el objetivo de la ciencia? A decir verdad, no. Ella relega el mundo de la vida, la actitud predominante en la cotidianidad y el suelo sobre el que se construye su conocimiento.

De acuerdo con su herencia fenomenológica, Gadamer considera alienante el objetivismo de la ciencia moderna y su concepción del conocimiento como sometimiento de lo que nos resiste, de la realidad convertida en objeto. Él diferencia el conocimiento cósico de la medicina científica del «verdadero arte de curar» que «aplica»¹² al paciente esos conocimientos —que se convierten en experiencia cuando se integran en la conciencia del «practicante»— (ib.: 119). La obra resultante de este *arte de curar* no es un objeto, sino la reinstauración del equilibrio alterado.

Experimentamos la salud como esa *armonía* que nos da *seguridad*, nos hace sentirnos en nuestra «casa natal». Haciendo gala de su formación filológica, Gadamer nos recuerda que este era el significado del griego *oikos* y que «la casa es lo que se tiene en común. Lo habitual y lo habitado, el lugar en el que los seres humanos se sienten a gusto» (ib.: 97). La salud es esa cadencia que la enfermedad perturba. El equilibrio se restablece contrapeando la una por la otra (ib.: 129) hasta instaurar un ritmo oscilante, similar al que existe en la naturaleza. Así, la salud «es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez» (ib.: 127). La salud es esa experiencia acompasada que no depende de nosotros, pero que sirve de soporte a nuestros actos y relaciones.

12. Me refiero a la «aplicación» tal y como la entiende la hermenéutica filosófica. Véase mi trabajo, 2001.



Nuestra civilización determina instrumentalmente ese ritmo y, por eso, todos estamos un poco enfermos de imposiciones externas internalizadas. Curarnos depende de que aprendamos a escucharnos y a comprender nuestro propio ritmo. Su mantenimiento no se basa en la prescripción de valores prefijados de acuerdo con ciertos promedios siempre inapropiados para el «caso» individual (ib. 123). Se recupera la salud cuando se restablece el equilibrio y el médico se vuelve prescindible. Previamente, ha dispuesto un tratamiento para cada paciente. A juicio de Gadamer y en consonancia con todos los fenomenólogos a los que nos estamos refiriendo, el tratamiento va mucho más allá de los progresos técnicos: comienza por la consulta (*Praxis* en alemán) y la conversación que tiene lugar en ella. Se debería vincular a la totalidad del ser humano —incluyendo sus valores como persona—, es decir, a la armonía que se oculta tras la enfermedad y que hay que recuperar para que el enfermo se sienta seguro. La terapia tendría que orientarse a la «totalidad» de la existencia corporal del ser humano: a «eso que se ha llamado “alma”» (Gadamer, 1996: 187); no se trata de un nuevo objeto de especialización científica, sino del «lado» espiritual del enfermo que también requiere atención. Este otro lado se pone especialmente de manifiesto en las perturbaciones mentales, en las cuales restaurar el equilibrio resulta más problemático, porque no sabemos qué se ha perdido, ya que el ser humano siempre está luchando por su equilibrio. En estas enfermedades, la conversación médico-paciente tiene un papel decisivo; su meta es «la reincorporación del paciente al círculo de lo humano, al ámbito de la vida familiar, social y profesional, que se cumple por medio de la comunidad entre las personas» (ib.: 95). Esa comunidad es mucho más amplia que la científica: somos parte de la *Lebenswelt* (mundo de la vida) (ib.: 118) que nos sustenta a todos.

Gadamer nos recuerda, finalmente, que tratamiento o «terapia» significa, en su origen, «servicio» que requiere un saber hacer hacia el enfermo, una medida cualitativa, una confianza más que una autoridad (ib.: 125). Además, la confianza que el paciente deposita en la *autoridad* del médico no tiene nada que ver con el autoritarismo. Ese reconocimiento falta en algunos dolientes que carecen de la sensación de enfermedad y, por tanto, no sienten la necesidad de ir al médico. Gadamer piensa, sobre todo, en los que sufren «enfermedades espirituales y mentales» que deben ser tratadas por el psiquiatra, aunque ofrezcan resistencia para proteger su «inconsciente» (ib.: 182). Se dice que la primera condición para recuperar la salud es que el enfermo se reconozca como tal y busque la ayuda del facultativo, pero ni siquiera esto excluye el estigma que sufren estos enfermos ni la experiencia de la terapia como una infracción, es decir, como una falta y una transgresión de la norma. Debido a la inquietante oscuridad que todavía rodea a



estas alteraciones tan frecuentes, la hermenéutica fenomenológica se hace todavía más necesaria. Incluso cuando el diálogo y la hermenéutica de la familiaridad amenazan con fracasar, el médico no debe renunciar a «anudar los fragmentos de sentido que encuentra en el paciente» (ib. 185). A pesar de toda su ciencia, resultará enriquecido tras el diálogo capaz de enseñarle a no tener razón.

Inspirado por la hermenéutica gadameriana y por la mediación médico-paciente, Sveneaus, concibe la medicina como un «encuentro entre dos personas y una interpretación del ser-el-mundo de la persona enferma con la intención de restaurar una vida que se ha vuelto *unhomelike* (poco familiar)» (2011, p. 114). Pensamos que el médico puede contribuir a ello poniendo en cuestión su punto de vista especializado desde el horizonte global del ser humano, volviendo a palpar, mirar y escuchar al paciente en lugar de ocultar sus ojos tras las pantallas.

La concepción gadameriana de la interpretación como recolección del sentido disperso solo es el primer momento de la hermenéutica que otro fenomenólogo, Paul Ricoeur (1965), pondrá en marcha para, seguidamente, complementarla con una hermenéutica de la sospecha, de la que el psicoanálisis freudiano es uno de sus arquetipos¹³.

CONCLUSIONES

El significado de la salud no solo está enlazado con el de la enfermedad porque esta sea un fenómeno privativo de aquella, sino porque ambas forman parte del movimiento rítmico de nuestra vida, de sus tensiones y altibajos. Lo que realmente sentimos es la dialéctica —no la polarización— entre ambas. La tensión se manifiesta en nuestra propia carne cuando la sentimos amenazada por la enfermedad, por la muerte de otros y su posibilidad más propia, es precisamente la que nos mantiene despiertos al valor de la vida. De acuerdo con esta tensión que somos, con nuestra apertura *a* y nuestra afección *por* lo otro, ¿cómo entenderemos la relación entre lo normal y lo anómalo?

La enfermedad es, como hemos visto, una distensión, pero no absoluta; depende de la salud, y esta, de aquella, pues el significado de la normalidad se co-genera con el de la anormalidad. Normalidad y anormalidad, al igual que salud y enfermedad no son conceptos científicos; tienen un sentido relacional. Su interrelación genera el sentido de la norma y de sus desviaciones

13. No nos ocuparemos aquí de la aplicación de la hermenéutica ricoeuriana a la enfermedad. Entre los estudios dedicados a ella, destacamos los de Domingo Moratalla, 2007, Armstrong, 2007, Zuñiga, 2021 y Benavides, 2023.



que pueden optimizarla y crear nuevas normas aun infringiendo las establecidas.

En la actualidad, la medicina parece haber perdido el interés por la experiencia humana global que aquí hemos tomado como guía. Hoy escasean los médicos humanistas y triunfa el paradigma biomédico que enfatiza la etiología química de la enfermedad, ya sea somática o mental. Sin embargo, las sustancias químicas, a diferencia de los seres humanos, no experimentan patologías. Estos, por otra parte, son irreducibles a una suma de elementos fisicoquímicos, anatómicos, etc.

El enfermo no es un caso clínico de una enfermedad general que conste en los archivos de una institución y se pueda anexar a otros «casos». Nunca se considera a sí mismo un «caso»; tampoco su familia y amigos lo perciben de este modo. Vive su enfermedad como se viven las situaciones-límite por las que, a veces, atravesamos y que pueden proporcionarle un saber de sus limitaciones que no viene dado por la ciencia.

Los seres humanos no son reducibles ni a sus funciones ni a sus órganos. Por ello, Gadamer se oponía al mantenimiento artificial de las funciones vegetativas del organismo que convertía al hombre en el eslabón de un proceso mecánico y conceptuaba la muerte como «una decisión del médico a cargo del caso» (1996: 78). La necesaria conversación médica con él o ella, así como el tratamiento que debería seguirle, quebrantarían esta actitud impersonal de la clínica cuantitativa.

Decía Nietzsche que no había salud en sí y que el mal que no nos mataba nos hacía más fuertes. Añadimos que tampoco hay enfermedad en sí. Salud y enfermedad no son sustancias ni contenidos inalterables. Ocurre lo mismo con la subjetividad, la cual siempre es relacional y está *sujeta* a afecciones. La experiencia de la enfermedad y el sufrimiento revelan su vulnerabilidad al tiempo que relajan nuestras relaciones con el mundo y los otros. Son experiencias subjetivas —e intersubjetivas— sin intencionalidad hacia objetos, pero experiencias de lo que *nos* acontece.

La perspectiva fenomenológica en primera persona contribuye a comprender la experiencia vivida de la enfermedad como una intrusión en nuestra vida ordinaria y en nuestro bienestar, pero también como una detención para reevaluar las condiciones de equilibrio rítmico que habíamos dado por sentadas hasta que llegó la afección. Por su parte, la experiencia en tercera persona —la del médico— enriquece el conocimiento y el tratamiento de las patologías. La experiencia en segunda persona, a través de la empatía del personal sanitario y de la relación hermenéutica médico-paciente, puede, finalmente, complementar las anteriores y humanizar la medicina.

La fenomenología prioriza la experiencia en primera persona del *pathos*, mientras que la ciencia médica, particularmente la patología, lo tematiza



objetivándolo y desde la experiencia empírica en tercera persona. La hermenéutica media —bien recolectando el sentido bien sospechando de los sentidos establecidos— entre ambas aproximaciones, de la misma manera que la comprensión cualitativa puede mediar —a través del diálogo sin pretensiones de dominio— con la explicación causal, propia de las ciencias biomédicas. Gracias a esta complementariedad, la práctica médica no perdería de vista el significado originario de la *praxis* como saber hacer que repercute en la investigación, en quien investiga y en la recuperación del ritmo vital. La *praxis* no es solo una aplicación de la ciencia de la medicina, sino que «representa el ciclo vital completo de la profesión de médico» (Gadamer, 1996: 177). Esta concepción personal y global de la medicina, de la interacción médico-paciente se pierde cuando la clínica «aséptica» normaliza el distanciamiento como algo esencial para el diagnóstico y el tratamiento «desinteresados».

La enfermedad es, en suma, un acontecimiento que causa gran inquietud a quien la padece, a los suyos y a quien la trata. No es algo que les ocurra a los otros y que el especialista pueda observar a distancia. Jean Ladrière afirma que es una «condición eminentemente compartida», ya que puede vivirse como signo de la limitación y como experiencia de la solidaridad humana como compasión o *sufrir-con* (2001: 175). En este mismo sentido, Habermas (1983: 296) recuerda las palabras de Marcuse en sus últimos días en un hospital: «¿Ves? Ahora sé en qué se fundan nuestros juicios valorativos más elementales: en la compasión, en nuestro sentimiento por el dolor de los otros».

REFERENCIAS

- AHO, J. AHO, K. (2008). *Body Matters. A phenomenology of Sickness, Disease, and Illness*. Rowman & Littlefield.
- ARMSTRONG, K. (2007). *Epistemological hermeneutics in clinical praxis: Appropriating Paul Ricoeur*. Univ. of Iowa.
- BEAUVOIR DE, S. (2020. 1970). *La Vieillesse*. Gallimard folio.
- BENAVIDES, M. (2023). «La enfermedad como metáfora: un enfoque desde la hermenéutica de Paul Ricoeur». *En-claves del pensamiento*, 17, 3. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.602>
- BERNET, R. (2020). «The Passive-Active Force to Bear and to Suffer». *La Cultura. Rivista di filosofia e filologia* 1: 19-34.
- CAREL, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.
- DOMINGO MORATALLA, T. (2007). «Bioética y hermenéutica». *Veritas*, II, 17: 281-312.
- DUVIGNAUD, J. (1990). *Herejía y subversión: ensayos sobre la anomia*. Icaria.
- FOUCAULT, M. (1963. 2012). *El nacimiento de la clínica* (Trad. F. Peruso). Siglo XXI.



- FRANKL, V. (2010. 1975/84). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. (Trad. DIORKI). Herder.
- (2024. 1946). *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. (Trad. por Herder). El hombre en busca del sentido. Herder.
- GADAMER, H-G. (1996. 1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (Trad. N. Machain). El estado oculto de la salud. Gedisa.
- GAITSCH, P. (2018). «Husserls Phänomenologie biologischer Generativität». *Studia Phaenomenologica* 18: 129 - 152.
- GOLDSTEIN, K. (1951). 1934. *La structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine*. (Trad. E. Burckhardt). Gallimard.
- HABERMAS, J. (1983. 1971). *Perfiles filosófico-políticos*. (Trad. M. J. Redondo). Taurus.
- HUSSERL, E. (1952). *Ideen zur einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch. Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. Husserliana VI. M. Nijhoff. (Trad, cast, de A. Ziri6n Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución. Fondo de Cultura Económica: 1997).
- (1976). *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*. Husserliana VI. M. Nijhoff.
- ILLICH, I. (1976). *Limits to Medicine. Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. Pantheon.
- JASPERS, K. (1977. 1913). *Psicopatología general*. (Traducido por R. Sanbided y D. Santillán). Beta.
- LADRIÈRE, J. (2001). «Is it posible to give sense to illness? » En Tymieniecka, A. T. (Ed.). *Life. Interpretation and the sense of Illness within the human condition*. Kluwer: 153-180
- LÓPEZ SÁENZ, M^a C. (2001). «La aplicación gadameriana de la *phronesis* a la praxis», *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*. Vol. VI, pp.79-98.
- (2018). «A. Schütz (1899-1959). Fundamentación fenomenológica de la sociología comprensiva y sociofenomenología del mundo de la vida». En González, J.E., (ed.) *Fenomenología y hermenéutica en la sociología contemporánea*. Universidad Nacional de Colombia: 103-145
- (2024a). «Experiencia de la vejez y génesis del presente viviente». En López, M^a C. Moreno, C. (Eds.) *Del tiempo. Perspectivas fenomenológicas*. Dykinson: 245-273
- (2024b). «La fecundidad de la fenomenología generativa en el siglo XXI», *Investigaciones fenomenológicas*. Monográfico 9: 119-150.
- (2025). «Is There Intentionality in Boredom? Phenomenological Perspectives». In A. Elpidorou and J. Ros Velasco (Eds.), *The History and Philosophy of Boredom*. Routledge: 189-208
- (2025b). «Fenomenología del cuerpo envejecido». En Luna Bravo, J. L. (Ed.) *Al acecho de la memoria. Experiencias de infancia y vejez*. (pp. 207-226). Sb Editorial: 207-226



- LÓPEZ SÁENZ, M^a C. (2025c en prensa). Filosofía de la buena ambigüedad del *pathos*. Dykinson. En Romero, F. Piñeiro, A. Santamaría, M. Bık, A. (eds.). *Reflexionar sobre el padecer hoy. Aledaños de la salud, la clínica y la psiquiatría*. Dykinson: 42-59.
- MARTÍNEZ, C. (2024). «Egología, generatividad y la complementación biológica de la fenomenología trascendental de Husserl» *Investigaciones fenomenológicas*, Monográfico 9: 251-274.
- MERLEAU-PONTY, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Gallimard.
- (1972. 1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- (1988). *Merleau-Ponty à la Sorbonne. Résumés de Cours 1949-1952*. Cynara.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2014). *Documentos básicos*, 48^a ed. Versión en línea <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- RATCLIFFE, M. (2008). *Feeling of Being: Phenomenology, Psychiatry and the sense of reality*. Oxford U. P.
- (2015). *Experience of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford U. P.
- RICOEUR, P. (1965). *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Seuil.
- SIGURDSON, O. (2019). «Only Vulnerable Creatures Suffer. On Suffering, Embodiment and Existential Health», E. Dahl et al. (Eds.). *Phenomenology of the Broken Body*. Routledge: 88-100
- STEINBOCK, A. (1995). *Home and beyond. Generative Phenomenology after Husserl*. Northwestern, U.P.
- (1998). «Introduction». En Steinbock, A. J. (Ed.). *Phenomenology in Japan*. (pp. 1-14). Springer.
- (2022). Epílogo a la edición castellana. En R. Garcés y A. Alonso *Mundo familiar y Mundo ajeno. La fenomenología generativa tras Husserl*. Sígueme: 393-403
- SVENEAEUS, F. (2011). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*. Springer.
- TOOMBS, S. K. (1992). *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Springer.
- UNAMUNO, M. (1982. 1912) *Del sentimiento trágico de la vida*. Espasa-Calpe.
- WEISS, G. (2017). The «Normal Abnormalities» of Disability and Aging. En H. Fielding and D. Olkowski (Eds.) *Feminist Phenomenology Futures*. (pp. 203-217). Indiana University Press.
- YUASA Y. (1987. 1977). *The Body: Toward an Eastern Mind-Body Theory* (Trad. N. Shigenori). University of New York Press.
- ZANER, R. (2016). *The context of the self*. Ohio U.P.
- ZUÑIGA, F.B. (2021). «La apropiación narrativa del cuerpo enfermo». *Revista de estudios Bolivianos*, 33: 49-78.



REFLEXIONES EPISTÉMICAS SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD: NORMATIVIDAD O NORMALIDAD

MIGUEL GRIJALBA UCHE

Universidad Isabel I (Burgos)

ORCID: 0000-0002-3956-6007

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo, pretendo explicar la propuesta de Canguilhem sobre la normatividad biológica individual, que nos permite la creación de normas para enfrentarnos al medio que nos rodea y que se ve afectada por la normalización, que nos decía Foucault, propia de las sociedades contemporáneas. Nos permitirá enlazar con la idea de Foucault cuando afirma que la vida y sus procesos (incluyendo la enfermedad, la muerte o la sexualidad) son espacios de resistencia, de rebeldía a todo esquema exterior. Foucault centraba su atención, en su época genealógica, en los dispositivos de biopoder que normalizan cuerpos y conductas, pero sin olvidar el aspecto de la vida como creatividad. Esa idea tiene como fondo a su maestro Canguilhem para quien la vida supone creación de normas que nos permita la autorregulación, la capacidad adaptativa, la plasticidad y la diferencia. Ambos autores realizan una historia crítica del pensamiento a través de sus conceptos de normalización, normalidad y normatividad.

La noción de normalidad es un concepto que se ha colocado en el centro de los debates filosóficos y médicos. En el contexto de la Medicina, esta noción se relaciona habitualmente con lo típico o esperado para una especie determinada. Sin embargo, al analizar en profundidad lo que significa la normalidad biológica, se manifiesta la variabilidad en los organismos vivos. La biología contemporánea combate la idea de que pueda existir una normalidad estática, fija, sugiriendo que la normalidad biológica debe entenderse como un proceso dinámico de adaptación, autorregulación, y variabilidad.

Ha sido muy habitual relacionar al concepto de normalidad con la idea de un valor medio, un promedio estadístico al que los organismos se ajustan. Littré y Robin, por ejemplo, se referían a la norma como una regularidad,



y Lalande afirmaba que la norma mostraba lo que venía a ser una escuadra, aquello que se mantiene en el justo medio. Canguilhem ampliará el uso de la palabra normal mediante dos acepciones. Por un lado, aquello tal y como debe ser. Y, por otro, esa idea de promedio (Torrano, 2013: 125). En las ciencias médicas, por ejemplo, se tiene el hábito de definir lo normal en términos estadísticos empleando ese sentido de promedio. Tomando a la población de una especie, se identifica qué características son más prevalentes (como el peso, la glucemia o la presión sanguínea) para determinar qué se considera normal. Las desviaciones significativas de este valor se tildan como anormales, patológicas o enfermas. Este enfoque, inevitablemente, ha sido útil para identificar patrones y tendencias dentro de grandes poblaciones, pero presenta limitaciones importantes cuando se trata de entender a los individuos y su experiencia fenomenológica de la enfermedad.

Una de las principales cortapisas de este enfoque supone asumir que los organismos tienen una única forma de funcionamiento, centrada en una serie de parámetros propios que constituyen su estado saludable. De acuerdo con esto, se define a un organismo normal como aquel que se ajusta perfectamente a ese cociente numérico. Sin embargo, esta idea olvida una característica central de los seres vivos como es su variabilidad. La variabilidad biológica es una característica básica de la vida, según Canguilhem. Cada organismo, incluso dentro de su especie, presenta diferencias morfológicas, fisiológicas y genéticas que hacen que no haya una única forma de normalidad. Las diferencias pueden ser muy sutiles, o muy fuertes, pero son parte integrante del funcionamiento de las especies. Por ejemplo, las especies presentan un grado de variabilidad en cuanto a su tamaño, forma o comportamiento. Esta variabilidad es una característica que les permite a los organismos adaptarse a su entorno. Es decir, en lugar de ver la normalidad biológica como algo estático, es más correcto verla como un proceso dinámico en el que el organismo se ajusta para mantenerse dentro de un rango de variación que demuestra la posibilidad de adaptarse a los cambios del entorno, así como su propia autorregulación. Los organismos vivos, desde las bacterias más simples hasta los seres humanos, nos dirá Damasio, están constantemente en interacción con su entorno y responden de esta manera a los estímulos externos e internos que se producen en él.

En definitiva, el concepto de normalidad podemos definirlo como una concepción fluida y abierta a interpretación. Un organismo puede ser normal en la medida en que se adapta a su ambiente. Entonces, lo que consideramos normal dependerá del contexto y puede ocurrir que organismos, que se encuentren en diferentes condiciones, entiendan que lo que es normal para uno pueda no serlo para otro. Un ejemplo clásico de esta versatilidad la vemos en las especies que viven en condiciones extremas y han desarrollado



adaptaciones biológicas propias para poder sobrevivir en esas situaciones, como aguas termales o el fondo marino. La normalidad en estos seres está definida por su capacidad para adaptarse y prosperar en un medio en el que otros seres no podrían sobrevivir.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA NORMATIVIDAD BIOLÓGICA

La biología ha ido evolucionando a través del tiempo, siendo fundamental para ese avance la creación de principios normativos que guíasen la comprensión y el estudio de los procesos biológicos. Estos principios, englobados bajo la denominación de normatividad biológica, se refieren a las constantes que rigen la vida, sus mecanismos y sus variaciones.

La idea de la normatividad biológica hunde sus raíces en las primeras investigaciones empíricas sobre los seres vivos. En el siglo xvii, la biología se encontraba bajo la influencia de la filosofía natural (Descartes o Harvey), donde predominaban interpretaciones acerca del orden del universo, la cosmología y los seres vivos. Sin embargo, todo cambia a finales del siglo xviii y principios del siglo xix, cuando la Medicina en Europa sufre una gran transformación. Se pasa del modelo griego observante, basado en el orden cósmico, a un modo práctico donde el poder curativo de la naturaleza es abandonado en favor de la técnica.

Pierre-Étienne Littré fue uno de los primeros autores en intentar clarificar el concepto de normalidad en el contexto filosófico y científico de su época. En su *Dictionnaire de la langue française* (1872), Littré define lo normal como lo que se ajusta a unas reglas, a un modelo o norma. Esta acepción implica una relación directa con un patrón de medida o una cifra establecida por la observación o la experiencia. Para Littré, la normalidad no implicaba obligatoriamente la ausencia de variación, sino que se refería a una regularidad dentro de un conjunto de posibilidades. Es decir, un fenómeno normal es aquel que sigue el patrón general dentro de un sistema, pero que puede coexistir con algunas excepciones. En este sentido, para Littré, el concepto de normal tiene un sentido dinámico, variable.

Por su parte, posteriormente, Auguste Robin adoptó una perspectiva mucho más médica sobre el concepto de normalidad. En sus escritos vinculó el concepto de normalidad con la idea de una armonía funcional. Según Robin, la normalidad de un órgano, o de un proceso biológico, no debe entenderse como un estado estático, sino como una condición de equilibrio dinámico. Un organismo normal es aquel que mantiene una armonía a pesar de los cambios constantes que se generan en su entorno. Esta visión anticipó las ideas de homeostasis que serían desarrolladas más tarde por Claude Bernard. Robin, al igual que Littré, contribuyó a la conceptualización de la



normalidad como una apertura flexible. Según Robin, la normalidad no es una cuestión de conformidad con un modelo teórico, sino la capacidad del organismo para funcionar de manera eficiente en el interior de las condiciones variables o adversas de su ambiente, lo cual tendrá gran influencia en el pensamiento de Canguilhem.

Claude Bernard es considerado uno de los padres fundadores de la fisiología experimental. Bernard impulsó un concepto experimental cimentado en los trabajos de François Joseph Víctor Broussais, quien defendía que no existía una división entre salud y enfermedad, sino más bien un principio de identidad. Los fenómenos patológicos sólo se diferenciarían de los normales debido a una cierta intensidad, una variación cuantitativa (Bacarlett, 2009: 67). Bernard introdujo la idea de que los organismos vivos se mueven en un ambiente interno estabilizado y regulado, lo que le permitió establecer una nueva forma de pensar la fisiología y la vinculación entre los organismos y su entorno. En su obra más conocida, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux* (1878), Bernard expuso que el cuerpo de los seres vivos, y el hombre entre ellos, está dotado de mecanismos reguladores que permiten mantener un equilibrio interior, a pesar de los cambios constantes en el ambiente externo. Esta concepción dio origen al concepto de medio interno, que más tarde se asociaría estrechamente con la idea de homeostasis (Cannon, 1932). Este equilibrio dinámico no es solo un proceso físico, sino también normativo e incluso mental, que permite a los seres adaptarse, sobrevivir y mantener sus funciones vitales en un ámbito variable.

Pero el concepto de normatividad biológica, en el trabajo de Bernard, va más allá de una simple observación empírica. Para él, la biología debía ser abordada desde una dialéctica experimental, centrada en la investigación controlada y reproducible. Bernard fue pionero en establecer que el estudio de los fenómenos biológicos debía centrarse no solo en la descripción de los hechos fácticos, sino también en las leyes que gobiernan dichos hechos, leyes que son universales y que pueden ser replicadas en diversos ambientes o laboratorios. Él creía que los procesos biológicos no debían ser únicamente observados, sino que debían ser reproducidos bajo condiciones controladas que nos permitan encontrar las reglas subyacentes que los regulan. Para ello, llevó a cabo experimentos en los que manipulaba diversas variables fisiológicas, como la temperatura o la cantidad de oxígeno, para proceder a observar cómo estas afectaban las funciones biológicas.

En términos de normatividad biológica, esto significaba que los procesos dentro del cuerpo podían ser alterados y controlados, lo que a su vez demostraba que existían leyes fisiológicas básicas que gobernaban la vida. Esto llevó a un enfoque más sistemático de la Medicina que buscaba corregir



desequilibrios orgánicos para reestablecer la homeostasis. Para Bernard, la enfermedad puede entenderse como una alteración en los mecanismos de regulación. Con Claude Bernard se abandonó, en definitiva, todo lo cualitativo de la medicina para establecer la continuidad e identidad en base a condiciones cuantitativas. Esta tesis continuista y positivista fue concordante con la visión de la enfermedad en el siglo xx (Bacarlett, 2009: 68). En la medicina moderna, la identificación de los mecanismos normativos dentro del organismo, y su alteración en diversas patologías, como el caso de la diabetes o la hipertensión arterial, se fundamenta en esta idea de que existen parámetros biológicos que deben mantenerse, dentro de ciertos valores, para preservar la salud.

El filósofo André Lalande, en su obra *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (1926), reflexionó sobre el uso del término normal en el contexto de la epistemología y la lingüística. A diferencia de Littré y Robin, cuyo enfoque estaba más centrado en la biología y la medicina, Lalande se centró en las normas que estructuran el conocimiento científico. Según Lalande, lo normal en el pensamiento científico era seguir las normas establecidas por la razón, las cuales estaban marcadas por consenso entre los científicos dentro de una disciplina. Esto implicaba que el concepto de normalidad en Ciencia era también un producto histórico y cultural, dependiente del nivel de conocimiento en un momento determinado. Esta visión otorgó una comprensión más plural del término normal, que no se limitaba a una norma biológica o física, sino que se extendía a las ciencias humanas y sociales.

Lo que podemos colegir de este recorrido somero es que el término normal ha sido continuamente redefinido. Hemos oscilado desde unas normas lingüísticas (Littré), pasando por un enfoque médico (Robin), hasta llegar a un análisis epistemológico y racionalista (Lalande). En la Medicina, el concepto de normalidad ha sido crucial para el desarrollo de la identificación de lo patológico frente a lo saludable. En la epistemología y la filosofía, este concepto ha sido básico para estructurar el conocimiento científico, pues lo normal se refiere a los principios y normas que guían el pensamiento humano como una referencia flexible que se adaptaba a los marcos de conocimiento y de interpretación de cada disciplina.

LA NORMATIVIDAD PARA GEORGE CANGUILHEM

George Canguilhem, en su texto *Lo normal y lo patológico*, toma como elemento central la idea de normatividad. Este término influenciará posteriormente en su discípulo Michel Foucault ya que, a partir de la problematización que Canguilhem hace del concepto y cómo lo liga al ámbito



social o al biológico, Foucault desarrolló con mayor profundidad su propio concepto de normalización, que analizaremos posteriormente.

Para Canguilhem, las condiciones de posibilidad que se dieron en el siglo XIX permitieron elaborar, alrededor de las ciencias humanas como la medicina, la psiquiatría, el derecho o la biología, los discursos que sostuvieron las dos posibilidades de la norma, a saber, lo normal y lo anormal (Canguilhem, 2005b: 43). Si se observa a los seres vivientes con su entorno es evidente que nunca permanecen estáticos a las influencias externas, es decir, ellos reaccionan de diversas formas, como decía C. Bernard. Lo vital se presenta como movilidad, plasticidad, posibilidad, dirá Canguilhem. Desde el punto de vista canguilhemiano, lo normal y lo anormal están profundamente ligados con la vida, pues es el viviente el único capaz de establecer una diferencia entre ambos. El problema estriba en lo que entendemos por normal, ya que al hablar frecuentemente mezclamos dos perspectivas contradictorias: una que concibe lo normal desde un punto de vista estadístico-cuantitativo y otra que lo concibe como estado ideal cualitativo.

En términos generales, la medicina occidental, a partir del siglo XIX, definió lo normal en términos estadísticos, es decir, como aquello que se ajusta a una media o a una norma establecida, basada en la observación de la mayoría de los individuos en una población determinada. Este enfoque, vinculado con el positivismo, ve la enfermedad como la desviación de este promedio o norma, que puede ser cuantificada y corregida (Bacarlett, 2009: 69-70). En un modelo médico, la normalidad se asociaría con la ausencia de enfermedad y con el funcionamiento dentro de unos parámetros biomédicos considerados saludables. Dicho con las palabras de Canguilhem, toda norma se establece como la reunión de una diversidad. Para que la norma se transforme en normal es necesario atraparla con una voluntad de preferencia que rechace ciertos aspectos y admita otros. Lo normal se construye, nos dirá Canguilhem, a partir de valores que expresan esas preferencias e, inevitablemente, rechazos. Y añade algo más interesante. Para construir lo normal, se precisa de lo anormal como infracción a corregir (Canguilhem, 2005: 187). En este sentido, la Medicina se hace pedagógica por el uso de la norma que instaure prescripciones a la existencia humana para hacer que el sujeto arraigue en su naturaleza (Hernández, 2013: 91). Construir la norma y vincularla a su naturaleza es, sin duda, resituirla en el interior de la especie.

Para Canguilhem, esta concepción era insuficiente ya que reducía la salud humana a un conjunto de métricas físicas que no tomaban en cuenta la variabilidad y el dinamismo del organismo humano. En su obra, Canguilhem subraya que la normalidad no puede ser una cifra, sino que debe incluir las diferentes formas como los organismos responden a su entorno. Es decir,



para Canguilhem, la perspectiva cuantitativa, a través de la cual se suele concebir la enfermedad, debe contrastarse con una perspectiva cualitativa. Si se entiende al individuo como un organismo cuyas partes están interconectadas, el intento reduccionista de identificar la enfermedad con una media estadística deja de lado la experiencia vivida por el sujeto (Bacarlett, 2009: 72). Se trata de toda una fenomenología de la enfermedad. Podría decirse que el estado normal, o de salud, es un momento de armonía. Sabemos qué es estar sanos, porque al enfermar podemos entablar una diferencia cualitativa. Es decir, sólo porque enfermamos podemos darnos cuenta qué es estar sanos. Enfermar nos permite hacer una distinción entre un antes y un después. Atendiendo a las palabras de René Leriche: si la salud es la vida en el silencio de los órganos, sólo el ruido de la enfermedad nos llama la atención sobre nuestra propia salud y sobre la vida misma (García, 2014: 29).

Canguilhem ve realmente a la normalidad como un proceso de adaptación. La normalidad, en este sentido, es una función del organismo, no un hecho físico o material que implica que el organismo es capaz de reaccionar frente a una variedad de estímulos externos o internos (Canguilhem, 2005: 80). En este sentido, Canguilhem plantea que lo patológico debe ser comprendido como una alteración en la capacidad del organismo para adaptarse a esos cambios, en una clara influencia de C. Bernard (Canguilhem, 2005: 55). Esto significa que esta idea de normalidad es subjetiva y contextual. Los seres humanos, al igual que otros organismos vivos, a lo largo de la vida, pasamos por diversos estados fisiológicos donde se ha modificado lo que se considera normal en distintos momentos. Además, las condiciones ambientales, los hábitos de vida, las emociones, así como la genética, han influido en cada individuo.

En *Lo normal y lo patológico*, Canguilhem afirmará que los promedios fisiológicos son expresión de normas colectivas, histórica y socialmente cambiantes. Esto implica decir que, a través de la variación de las normas sociales y vitales, se producen variaciones en los promedios estadísticos que consideramos constantes funcionales. De aquí que podamos concluir que, a medida que el concepto de salud se piense como ajuste con el medio ambiente, estamos olvidando un hecho importante: no existe una frontera clara que separe lo normal y lo patológico. «Siendo que lo normal no tiene la rigidez de una determinante que valga para toda la especie, sino la flexibilidad de una norma que se transforma en relación con las condiciones individuales entonces es claro que el límite entre lo normal y lo patológico se hace impreciso» (Canguilhem, 2005: 145). De esta forma, la normatividad se hace inherente a la vida, y la enfermedad no es una desviación de un ideal de salud, sino una situación en la que el organismo se enfrenta a dificultades para imponer sus propias normas.



«Lo patológico implica un sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada» (Canguilhem, 1976: 187). Es decir, la salud implica mucho más que vivir en conformidad con el medio externo, implica la capacidad de instituir nuevas normas, nos dirá nuestro autor francés, en cada situación. Canguilhem también introduce la idea muy interesante de que la enfermedad puede tener un carácter revelador. En palabras del autor, «la enfermedad no solo es una alteración de la norma, sino también una oportunidad para que el organismo explore nuevas formas de vida y adaptación» (Canguilhem, 1976: 102). Por lo tanto, lo que distingue a lo normal de lo patológico es claramente un valor. Es el ser vivo el que se siente enfermo y es quien, ante esta situación, crea nuevas normas de vida. Si lo patológico fuese simplemente una variación de grado cuantitativo, el regreso a la medida normal implicaría el retorno al estado de salud. Sin embargo, tras una enfermedad el individuo ya no se experimenta a sí mismo de la misma manera.

Desde el momento en que un organismo existe, la norma de su existencia está dada en su existencia misma (Canguilhem, 2005: 105). Este conocimiento le permitió al hombre otorgarse la posibilidad de restablecer la función normal de los órganos. De acuerdo con Canguilhem, el científico tiene esa pretensión normativa. Esto lo advierte Canguilhem en los equívocos en el uso de los conceptos de anomalía y de anormal. Para mostrar esto recurre al *Vocabulario filosófico* de André Lalande, donde anomalía es un sustantivo al cual no corresponde ningún adjetivo y, a la inversa, anormal es un adjetivo sin sustantivo, de tal manera que el uso ha ido convirtiendo el término anormal en el adjetivo de anomalía (Canguilhem, 1976: 96). Anomalía significa desigualdad y se contrapone a *omalos*, lo igual. Pero el lenguaje ordinario ha cometido el error de derivar anomalía del término latino norma (Torrano, 2015: 92). Lo que quiere señalar Canguilhem es que anomalía designa un hecho, es descriptivo, mientras que anormal implica un valor, un *factum* normativo. No obstante, como he señalado, los significados de estos términos han sido invertidos: anormal se ha convertido en un concepto descriptivo, y anomalía se ha tornado un concepto normativo. La polaridad de la vida muestra que los vínculos del individuo con su medio es el momento donde se establece lo que es, o no es, normal.

G. CANGUILHEM: NORMATIVIDAD INDIVIDUAL Y NORMATIVIDAD SOCIAL

Canguilhem, en su texto *Lo normal y lo patológico* que estamos analizando, defiende cómo la ideología positivista, influenciada por Bernard y Comte, consideraba a lo normal de una manera cuantitativa. Sin embargo, la importancia del individuo estriba en ser el generador de las normas



(Torrano, 2015: 124). Nadie está libre de las condiciones de su entorno ya que vivir supone tomar decisiones, prescindir de lo que nos obstaculiza y potenciar lo que nos garantiza la posibilidad de vida. El viviente será quien cree las normas y los juicios de valor con los que afrontar los efectos de su ambiente. Lo normal, en Canguilhem, supone tratar de conservar la vida, un *conatus*, para lo cual tenemos que crear normas que garanticen esa adaptación al medio. Para Canguilhem, tanto la salud como la enfermedad crean normas, aunque en el segundo caso sean experimentadas por el viviente de un modo distinto (Torrano, 2015: 126). El enfermo no se enfrenta al medio de la misma manera que cuando estaba sano, se encuentra en una situación de pérdida de poder vital respecto de sí mismo (Torrano, 2015: 127).

Esta normatividad biológica, esta capacidad del organismo para crear nuevas normas, debe ser entendida como algo propio a las posibilidades del organismo, nos afirma de manera muy original Canguilhem (Bacarlett, 2009: 71). Frente a una concepción de lo normal y lo patológico cuantitativa, que tiende a borrar las individualidades y las diferencias, Canguilhem propone una concepción de la vida en términos cualitativos, la cual enfatiza la capacidad normativa y creativa de los individuos frente a los cambios del medio.

¿Qué relación hay entre esta normatividad biológica individual y la normatividad social? A menudo la sociedad ha sido comparada a un organismo, debido a que existe en ella una relación constante entre el todo y las partes. Auguste Comte, en su *Curso de filosofía positiva*, utilizaba la expresión organismo social para designar a este consenso de los elementos que conformaban una sociedad, de manera muy similar a lo comentado previamente respecto de Canguilhem. No obstante, Comte afirmaba que las partes de esa sociedad podían funcionar separadamente, mientras que en el organismo vivo existe una necesaria indivisibilidad.

Canguilhem invierte la situación: lo social tiene una vida propia. Así hablamos de una normatividad biológica y una normatividad social, designando con ello, otra manera de individuación. La analogía hecha por Comte resulta insuficiente, ya que su énfasis está puesto en la relación que hay entre las partes y el todo, olvidando una relación más importante: aquella que se refiere a las normas y a la normatividad. La diferencia entre la normatividad vital y la social reside en cómo son experimentadas fenomenológicamente tales normas por el sujeto: mientras, en la primera, las normas son algo intrínseco al viviente, en la segunda es establecida por un agente externo (Torrano, 2015: 128/Canguilhem, 1976: 104). En el orden social, las reglas tienen que ser asimiladas y aplicadas; en el orden vital éstas son inherentes, nos concluye Canguilhem. Por otra parte, en los seres vivos existe un dispositivo intrínseco de regulación que asegura el retorno a un valor



que fue modificado por variaciones en el medio. En cambio, la sociedad crea órganos que ayudan a su regulación y si uno de estos organismos no funciona, siempre será posible crear uno nuevo que ayude al funcionamiento de la colectividad (Torrano, 2015:130). De esta forma, Canguilhem llega a la conclusión de que las sociedades imitan a los organismos en cuanto a la invención de normas y a la correlación que existen entre éstas.

NORMATIVIDAD O NORMALIZACIÓN

Visto lo anterior, la homeostasis presente en los organismos no es la misma que en las sociedades. Si las normas individuales claman por la normatividad, en el ámbito social las normas apelan más bien a una normalización. Un individuo siempre tendrá la posibilidad de cuestionar su entorno social, transformarlo a través de su normatividad interna (Bacarlett, 2009: 75). Aquí tenemos una divergencia básica entre el pensamiento de Canguilhem y el de Michel Foucault, pues mientras que, para el primero, el individuo normativo es quien está dotado de la capacidad de subvertir las normas impuestas, para el segundo, la fuerza normalizadora de la sociedad es terriblemente potente y domeña al sujeto.

La lectura de la obra canguilhemiana exige, a ojos de Foucault, abandonar las concepciones tradicionales. Si, para Canguilhem, la normatividad es una de las principales características de la vida, estar vivos es la posibilidad de crear normas en relación con el medio. Para Foucault, esta normatividad se ve frecuentemente sometida por los dispositivos de normalización de las sociedades disciplinarias. En otros términos, mientras Canguilhem coloca la normatividad biológica sobre la normatividad social, Foucault asume que la normalización social ha terminado imponiéndose sobre los intereses normativos de los individuos. En obras como *Vigilar y castigar* (1975) y *El nacimiento de la clínica* (1963), Foucault explora cómo la categoría de lo normal se instituye como un instrumento de poder y control social. Foucault argumenta que la normalidad no es un dato natural, como podría pensar Canguilhem, sino un constructo que emerge con la modernidad y que está profundamente entrelazado con las prácticas disciplinarias. «La normalización es el mecanismo mediante el cual se regulan los cuerpos y las conductas, estableciendo un rango aceptable de variaciones dentro del cual se define lo sano, lo moral y lo deseable» (Foucault, 1975: 184).

Esta oposición entre disciplina y subjetivación que supone la confrontación entre los dos autores franceses representa el combate entre la imposición de una cierta *episteme*, o discurso, y la capacidad de crearse una forma de estar en el mundo más libre, ligada al cuidado y conocimiento de



sí. El ámbito de la vida es el lugar central donde se realiza el combate entre una sociedad disciplinaria que intenta normalizar al sujeto, y una realidad biológica que está siempre dispuesta a resistir al control (Macherey, 2016: 171). La normalización se convierte, entonces, en una tarea imprescindible en una sociedad obsesionada en eliminar las desviaciones y las diferencias, en someter a la otredad al precio que sea (Bacarlett, 2009: 75).

Este afán normalizador apunta sobre todo hacia los fenómenos vitales. Ya no se trata de suprimir los cuerpos y conductas diferentes, sino de tamizarlos por la medicina, la psiquiatría, la pedagogía, es decir, de verlos a través de la lente de la anormalidad, de lo patológico, para hacer de ellos elementos corregibles, normalizables. En estos términos, la dialéctica disciplinaria resulta más productiva: produce conductas y cuerpos dóciles, corregibles, normalizables, nos dice Foucault. Por lo tanto, esta visión nos lleva a reducir toda desviación y diferencia hacia una anormalidad (médica, psicológica, sexual) objetiva y cuantitativamente determinable. Con ello se crea la idea de que toda anormalidad, al ser una mera variación cuantitativa de lo normal, puede ser corregida y normalizada con los métodos adecuados. Ya no se trata de trabajar con las grandes anomalías o monstruosidades, sino de modificar a lo minúsculo, a las pequeñas desviaciones, a las anomalías menores (García, 2014: 41).

En suma, lo que hemos visto emerger en las sociedades disciplinarias, nos dice Foucault, es la instauración de un poder normalizador que no busca coaccionar o destruir los cuerpos, sino acondicionarlos dentro de ciertos parámetros, instalarlos dentro de ciertas constantes, ajustarlos a ciertas conductas. Desde esta perspectiva, la postura de Foucault es muy distinta a la de Canguilhem, ya que es el poder normalizador de la sociedad, y sus instituciones, lo que al parecer se impone sobre de las posibilidades normativas de los individuos (Torrano, 2015: 138).

Aunque Canguilhem y Foucault parten de marcos teóricos diferentes, sus ideas convergen. Ambos rechazan una perspectiva esencialista y universalista sobre la noción de normalidad. Para Canguilhem, la normatividad es un proceso biológico y vital; para Foucault, será una construcción histórica y social. Sin embargo, donde Canguilhem enfatiza la agencia del sujeto vivo, Foucault subraya el papel de las instituciones y las estructuras de poder. Desde esta perspectiva, ciertamente Foucault, a diferencia de Canguilhem, hace énfasis en la manera como la normatividad individual es invadida por un sistemático proceso de normalización propio de las sociedades contemporáneas. Sin embargo, Foucault no deja de ver en la vida y en sus procesos (enfermedades, nacimientos, muertes, sexualidad) un espacio de resistencia que será rebelde a toda estrategia de poder. En este sentido, Deleuze considera que la obra foucaultea termina asumiendo un cierto



vitalismo porque, al final, es la vida el último lugar de resistencia ante toda forma de poder (Vázquez, 2015: 185).

A VUELTAS DE NUEVO CON LA SALUD

Canguilhem empleó la tercera parte del *Conflicto de las facultades*, de I. Kant, para considerar a la salud como ajena a todo saber objetivo (Caponi, 1997: 289). Canguilhem reafirmará este enunciado manteniendo la tesis de que «no hay ciencia de la salud». (Canguilhem, 2005: 14). La salud no es propia del orden de las leyes o de los promedios estadísticos, algo ya defendido al inicio de este texto. A partir del momento en que hablamos de la salud como un fenómeno «no contabilizado, no condicionado, no medido por aparatos», la misma «dejará de ser un objeto para aquel que se dice o se piensa especialista en salud» (Canguilhem, 2005: 24). Cuando hablamos de salud, hablamos en primera persona, es un saber subjetivo y personal. Este cuerpo subjetivo que defiende Canguilhem necesita el conocimiento que nace de los instrumentos y laboratorios científicos (García, 2014: 32).

El reconocimiento de la salud como verdad del cuerpo, en sentido ontológico, no sólo puede, sino que también debe admitir la presencia, como margen y como barrera, de la verdad en sentido lógico, o sea de la ciencia. Ciertamente, el cuerpo vivido no es un objeto, pero para el hombre vivir es también conocer (Canguilhem, 2005: 36).

El médico se convierte, de este modo, en un exégeta que ayuda en la búsqueda de un sentido no evidente de lo que ocurre en nuestro cuerpo. Si aceptamos, con Canguilhem, que no existe un concepto de salud, entonces hay que intentar aclarar qué es lo que entiende con él denomina concepto vulgar de salud. Ese concepto escapa de promedios estadísticos también. Para Canguilhem, debe ser reflexionado y considerado más bien como la idea de un margen de seguridad. «Dirá que, si hablamos de una salud deficiente o enferma, estamos hablando de la restricción del margen de seguridad, la limitación del poder de tolerancia y de compensación a las agresiones del medio ambiente» (Canguilhem, 2005: 35). La salud es entendida, por tanto, como la posibilidad de enfrentarnos a situaciones nuevas y adversas, como el margen de tolerancia que cada uno posee para encarar y superar los problemas que esas situaciones, del medio que nos rodea, nos provocan.

Canguilhem introduce en este momento una inversión de ideas, pasando de privilegiar el estudio de las variaciones, de los errores, de las monstruosidades, a intentar ahora comprender los límites y márgenes de los conceptos de normalidad y salud. Como él mismo afirmará: «hoy insistiría en la posibilidad y aún en la obligación de esclarecer las formaciones normales



por el conocimiento de las formas monstruosas. Afirmaría, aún con mayor convicción, que no hay diferencia entre una forma viva perfecta y una forma viva malograda» (Canguilhem, 1990: 13). Esta prebenda dada a la anormalidad nos refiere que el concepto de salud debe integrar las variantes y las anomalías, lo cual supone negarse a aceptar un concepto universal y absoluto del mismo.

Al contrario de ciertos médicos siempre dispuestos a considerar las enfermedades como crímenes porque los interesados son de cierta forma responsables, por exceso o por omisión, creemos que el poder y la tentación de tornarse enfermo es una característica esencial de la fisiología humana (Canguilhem, 1990: 13).

Desde esta perspectiva, la salud puede reflexionarse como la posibilidad de caer enfermo y de poder recuperarse, como «una guía reguladora de las posibilidades de acción» (Canguilhem, 1990: 146).

Este análisis nos remite a «ese existente singular cuya salud expresa los poderes que lo constituyen a partir del momento en que debe vivir bajo la imposición de tareas, esto es, en relación a la exposición a un medio que él mismo no escogió» (Canguilhem, 2005: 22). Esa capacidad, diferente en cada uno de nosotros, significa representarnos en nuestra mente las posibilidades que tenemos para refutar hacer frente a las agresiones a las que necesariamente estamos expuestos. Ahora bien, el cuerpo está constituido, nos dice Canguilhem, por lo que nos es dado (el genotipo, nuestra constitución genética heredera de nuestro pasado) y, por otro lado, es el producto de lo hecho (un fenotipo y una adquisición de elecciones). Canguilhem resaltaré que los errores de codificación genética pueden, o no, determinar la existencia de patologías según sean las demandas que el medio impone a los sujetos (lo adquirido). «El cuerpo es un producto en la medida en que su actividad de inserción en un medio característico, su modo de vida escogido o impuesto, deporte o trabajo, contribuyen a modelar su fenotipo, o sea a modificar su estructura morfológica llevando a singularizar sus capacidades» (Canguilhem, 2005: 24).

Otro problema para Canguilhem es valorar una cuestión central sobre la relación entre salud, sociedad y adquisición de hábitos. Existen condiciones de vida impuestas en un medio que no son elegidas por nosotros (alimentación deficiente, escolaridad precaria, condiciones de trabajo desfavorables, falta de oportunidades, etc.) que deben tenerse en cuenta si gestamos programas de políticas públicas para crear estrategias sobre las desigualdades que son causas predisponentes para diversas enfermedades. En esta etiología social de la enfermedad, se debe tener en cuenta que existen estilos de vida escogidos, elecciones y conductas individuales, que pertenecen al ámbito de



lo privado pero que, sin embargo, también consideramos como datos a ser tenidos en cuenta por su repercusión en la esfera pública. Con la normalización de las conductas y de los estilos de vida, reflexionará su discípulo Foucault, surgirá la medicina social. Desde entonces, se englobarán el ámbito de lo público y de lo privado, y las políticas de salud se convertirán en intervenciones coercitivas sobre la vida de sujetos considerados como alienados. Así, parece que resulta más simple normalizar conductas que transformar condiciones de existencia individuales (Caponi, 1997: 293).

Esa consideración llevará a Canguilhem a plantear una distinción entre la salud como estado del cuerpo y como orden. Al hablar de la salud como un estado del cuerpo, Canguilhem retomará la definición de salud que, en 1943, diera en *Lo normal y lo patológico*. Significa «poder caer enfermo y recuperarse» (Canguilhem, 2005: 150) y así, al superar las enfermedades, convertirse en un cuerpo más válido. Por el contrario, una salud deficiente es aquella cuyo margen de tolerancia y seguridad al medio es reducido, disminuyendo de ese modo nuestra potencia vital, empleando un término espinosista. Por otra parte, al referirse a la salud como un orden, Canguilhem dirá que «es una seguridad vivida en el doble sentido de seguridad contra el riesgo y de audacia para corregirlo. Es el sentimiento de tener la capacidad de superar las capacidades iniciales, es poder mandar a hacer al cuerpo aquello que en principio parecía imposible» (Canguilhem, 2005: 27). Salud es entonces poseer una tolerancia que nos otorgará, paralelamente, seguridad. Y, de la misma manera en que ciertas enfermedades reducen esa tolerancia, existe unas condiciones desfavorables adquiridas de existencia que deben ser consideradas como causas predisponentes para enfermedades futuras.

Recordemos que, para Canguilhem, el medio externo y el malestar forman parte constitutiva de nuestro mundo. Si la capacidad de tolerancia es lo que nos lleva al concepto de salud, lo hace porque supone la capacidad de instaurar nuevas normas en situaciones que nos resultan adversas. Podríamos decir que la definición de salud dada por Canguilhem supone esta capacidad de adaptación, de ajuste de un organismo normal que, sin embargo, podemos no considerar siempre como saludable. Una persona monorréna puede ser normal, en el sentido de compatibilidad con la vida, aunque no pueda ser considerada como saludable. Una persona puede ser normal en un medio determinado y no serlo ante cualquier variante de este. Por un lado, se nos remite a la noción de promedio estadístico, pero, por otro lado, se trata de un concepto valorativo que se refiere a aquello que es considerado como deseable en un determinado momento.

Sin embargo, parece no considerarse en este desarrollo que lo que definimos como bienestar se identifica con todo aquello que, en una sociedad y en un momento histórico preciso, es tenido como normal excluyendo todo



lo que consideramos como anomalía, irregularidad, rareza, singularidad, deformidad, aberración, desviación. Por un lado, se limita a aceptar lo deseable, desconociendo que el concepto de salud se vincula con la capacidad de ser normativo. Por otra parte, Canguilhem toma como punto de partida para sus análisis un hecho que contradice esa definición pues los fracasos, los errores y el malestar forman parte constitutiva de nuestra historia y nuestro mundo. La patología sólo puede ser considerada por referencia única al reconocimiento que el propio ser vivo hace de sí como enfermo y a la incapacidad de dar respuesta a los deberes que su medio le impone.

Si nuestro mundo es un ámbito de dificultades y de problemas, y si la salud es entendida a partir del conjunto de las capacidades que nos permiten, a cada uno de nosotros, vivir bajo la imposición de un medio no escogido, entonces es necesario pensar que la prudencia debe ser considerada a la hora de planificar políticas públicas, tanto de asistencia como de prevención. La salud como producto implica no sólo seguridad contra los riesgos, sino también capacidad para corregir y ampliar nuestra tolerancia. «Sin poder de expansión, sin dominio sobre las cosas, la vida es indefendible» (Canguilhem, 2005: 27). Podemos hablar de salud cuando tenemos los medios para enfrentarnos a nuestras dificultades y nuestros compromisos. Y la ampliación de esos medios es una tarea, al mismo tiempo, individual y colectiva.

Para concluir esta reflexión sobre la salud en Canguilhem, si continuamos con su crítica a Comte, en *Lo normal y lo patológico*, aunque nos remita a valores sociales, éstos no pueden ser pensados independientemente de los valores vitales. Según la concepción de Canguilhem, no existen las así llamadas patologías sociales. En ese sentido se centran las críticas a Comte y a Durkheim (Canguilhem, 1990: 223 y ss.). Pero es necesario hacer otra lectura del texto de Canguilhem. Si el concepto de salud se define por esa capacidad de tolerancia vinculada con el medio y si se trata de un concepto relativo, en el sentido de que existen personas más o menos saludables en situaciones concretas, entonces podemos concluir que este concepto debe ser extendido, no sólo al autocuidado, señalada por Canguilhem y Foucault (Canguilhem, 1990: 158), sino que también debe contemplar a los determinantes sociales y al cuidado del otro (Canguilhem, 1990: 162).

Para terminar, habría que preguntarse si el concepto de salud esbozado por Canguilhem puede aplicarse a la salud pública. Se trata de un hecho que Canguilhem destaca al hablar de las intervenciones que la salud pública realiza sobre las poblaciones. Para Canguilhem sería más correcto hablar de salubridad porque la salud como fenómeno parece ser externo a lo público y se despliega en el silencio nuestro habitual. Por el contrario, reclamar atención, ser escuchado, supone que uno se sabe y se siente enfermo. Por



esa razón, es la enfermedad la que debe incluirse en el espacio público (Canguilhem, 2005: 28).

CANGUILHEM Y LOS DEBATES ACTUALES SOBRE LA SALUD

La reflexión filosófica sobre la salud y la enfermedad ha experimentado un renovado interés en las últimas décadas, impulsada por transformaciones tecnológicas, crisis sanitarias globales y tensiones políticas en torno al acceso a los sistemas sanitarios. En este escenario, la obra de Georges Canguilhem, particularmente *Lo normal y lo patológico*, adquiere una relevancia singular. Su conceptualización permite iluminar una serie de debates contemporáneos, como la medicalización de la vida cotidiana, la definición de enfermedad, la autoridad médica, la justicia sanitaria, la salud pública o la tensión entre libertad individual y bien común.

La tesis central de Canguilhem sostiene que la vida es una actividad normativa. El error de la medicina positivista, según él, consiste en identificar lo normal con lo frecuente y lo patológico con lo infrecuente. Sin embargo, un fenómeno raro no es necesariamente patológico, ni lo común es siempre saludable. La salud consiste en la capacidad de tolerar variaciones del entorno mediante la creación de nuevas normas frente a circunstancias cambiantes. En cambio, la enfermedad implica una reducción de esa capacidad normativa porque el sujeto enfermo ve restringido su campo de posibilidades frente al mundo. Desde esta perspectiva, la salud es, más bien, una potencia dinámica. Esta concepción entra en tensión directa con la definición de la Organización Mundial de la Salud, que describe la salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social» (OMS, 1946). ¿Es realista hablar de bienestar completo? A la luz de Canguilhem, esa formulación parece problemática porque la vida humana está atravesada por tensiones, pérdidas, conflictos y cambios. Exigir un bienestar total como condición de salud introduce un ideal utópico que, paradójicamente, puede producir nuevas formas de patologización. Es decir, la idea de bienestar completo introduce un ideal de plenitud que difícilmente puede sostenerse empíricamente. Si cualquier malestar, cualquier tristeza o cualquier incomodidad se interpreta como señal de falta de salud, el campo de lo normal se estrecha peligrosamente. Si la salud es capacidad normativa, entonces puede coexistir con limitaciones, con malestares e incluso con enfermedad crónica, siempre que el sujeto logre instituir nuevas formas de vida viables.

Pero si se pregunta si la salud es simplemente la ausencia de enfermedad, la respuesta de Georges Canguilhem no es la reducción a un estado medible, ya que la salud no es un dato objetivo que pueda leerse directamente en los tejidos, en los análisis de laboratorio o en los parámetros de



normalidad biológica. Es, ante todo, una relación viva entre el organismo y su mundo. En el modelo biomédico clásico, estar sano equivale a que los órganos operen dentro de rangos considerados estándar. La enfermedad sería entonces una desviación cuantificable respecto de esos valores. Esta concepción tiene una enorme eficacia técnica ya que permite diagnosticar, comparar, intervenir. Sin embargo, Canguilhem advierte que confundir normalidad estadística con normatividad vital es un error categorial. El organismo sano es el que puede tolerar variaciones, adaptarse, reorganizarse frente a lo inesperado. En este sentido, la salud es algo más que ausencia de enfermedad, es una potencia, una elasticidad, una apertura al mundo.

Aquí emerge el problema contemporáneo de la medicalización de la vida cotidiana. Experiencias humanas universales como la tristeza, el envejecimiento o la timidez tienden a ser reclasificadas bajo categorías diagnósticas. La proliferación de manuales médicos y la ampliación constante de criterios clínicos suscitan la pregunta: ¿cuándo algo es realmente enfermedad? La pregunta parece, a primera vista, una cuestión técnica. Uno imaginaría que basta con consultar manuales diagnósticos o consensos científicos. Sin embargo, si se adopta la perspectiva de Georges Canguilhem, la enfermedad no es un objeto que se descubra, sino que es una experiencia vital que solo puede comprenderse en relación con el modo en que un organismo habita su mundo. Así, algo es realmente enfermedad cuando implica una disminución efectiva del poder de vivir. Un valor sanguíneo fuera del rango promedio puede no alterar en absoluto la experiencia vital de la persona. En cambio, una dolencia que impide realizar actividades significativas, que genera sufrimiento persistente o que reduce drásticamente el margen de acción sí constituye enfermedad, incluso si sus marcadores objetivos son difíciles de precisar. Desde el enfoque canguilhemiano, la enfermedad se vive como restricción del horizonte vital. Canguilhem obligaría a distinguir entre variaciones existenciales y verdaderas pérdidas de normatividad. Desde la mirada canguilhemiana, el criterio decisivo no debería ser la desviación respecto de una media ni la incomodidad social que generan ciertas conductas, sino la experiencia concreta de disminución vital. No toda tristeza es depresión, no todo envejecimiento es patológico, no toda timidez es un trastorno. Convertir cada variación de la experiencia humana en objeto médico equivale a imponer una norma externa que no siempre coincide con la normatividad propia del sujeto. Para Canguilhem, la enfermedad tiene una base orgánica real, pero su identificación y significado están atravesados por valores. Decidir qué cuenta como patología implica establecer qué formas de vida se consideran aceptables o deseables en una sociedad determinada. En ese sentido, la salud es una experiencia vivida que se sitúa en la intersección entre organismo y cultura.



Esto conduce inevitablemente a la siguiente pregunta: ¿quién decide qué cuenta como patología? La respuesta no puede ser exclusivamente el médico, pero tampoco puede recaer solo en el individuo. Canguilhem insiste en que la enfermedad tiene una dimensión subjetiva irreductible, ya que es el enfermo quien experimenta la ruptura en su normatividad vital. Sin esa vivencia, el diagnóstico pierde su fundamento. El problema surge cuando se confunde la autoridad científica con una autoridad absoluta sobre el significado de la vida y de la enfermedad. Declarar algo patológico supone establecer que cierta forma de funcionamiento no es deseable o que cierto modo de vida debe corregirse. En este punto intervienen factores culturales, históricos y sociales. Lo que en una época se consideró enfermedad (por ejemplo, determinadas orientaciones sexuales o conductas divergentes) hoy se reconoce como variación legítima. Esto no significa que la enfermedad sea una ficción arbitraria, pero sí que su delimitación está atravesada por normas sociales. Aquí aparece la tercera cuestión, ¿la medicina puede ampliar su poder social? Desde una lectura inspirada en Canguilhem, podría decirse que sí, en la medida en que las categorías médicas se extienden cada vez más allá del ámbito estrictamente clínico. Este fenómeno, a menudo denominado medicalización, implica que aspectos de la vida que antes se abordaban desde la ética, la educación o la cultura pasan a gestionarse mediante intervenciones médicas. El riesgo de esta expansión no radica en la medicina en sí misma, sino en la tendencia a sustituir la normatividad propia del sujeto por normas técnicas estandarizadas. Cuando la medicina define de manera unilateral qué es una vida normal, corre el peligro de reducir la diversidad humana a un conjunto de parámetros funcionales.

Preguntarse si la salud es un derecho humano o, incluso, un bien de mercado supone, en el fondo, preguntarse qué entendemos por salud. Si la concebimos como un conjunto de prestaciones médicas susceptibles de intercambio (consultas, fármacos, cirugías) entonces resulta relativamente sencillo imaginarla como un servicio más dentro de ese mercado. Pero si seguimos a Georges Canguilhem, la cuestión cambia radicalmente. Para él, la salud no es un objeto que se posea ni un producto que se consuma, es la capacidad de un organismo para desplegar posibilidades vitales en relación con el medio. Es, en otras palabras, una potencia vital. Desde esta perspectiva, reducir la salud a mercancía resulta problemático. No se trata simplemente de adquirir tratamientos, sino de preservar y ampliar la posibilidad misma de vivir de manera activa y creadora. Por eso, aunque Canguilhem no desarrolla una teoría política sistemática sobre derechos sociales, su concepción de la normatividad vital sugiere que la salud difícilmente puede quedar sometida exclusivamente al intercambio económico.



De ahí se desprende la duda sobre si el Estado garantizar acceso universal a la salud. Si aceptamos que la salud es una relación dinámica entre el sujeto y su entorno, entonces el entorno social importa decisivamente. La pobreza, la precariedad laboral, la falta de educación o la discriminación racial no son meros factores externos, sino que moldean el margen de acción de las personas. Limitar el acceso a servicios sanitarios en función de la capacidad de pago equivale a aceptar que la posibilidad de vivir con plenitud dependa de la posición económica. Desde un enfoque canguilhemiano, eso significa tolerar que algunos organismos vean sistemáticamente reducida su capacidad normativa por razones estructurales. Garantizar un acceso universal no implica prometer una salud perfecta, pero sí crear condiciones mínimas para que cada individuo pueda afrontar la enfermedad sin quedar excluido de la comunidad. El Estado, en este sentido, no sustituye la normatividad vital del sujeto, sino que contribuye a protegerla frente a vulnerabilidades evitables. No se trata de paternalismo, sino de justicia básica. La cuestión se vuelve más compleja cuando los recursos son escasos. ¿Cómo distribuir lo que no alcanza para todos? Canguilhem no ofrece criterios técnicos de asignación, pero su filosofía invita a desconfiar tanto del cálculo estadístico como de la arbitrariedad moral o el utilitarismo. Si la salud es potencia de vida, cada paciente representa un centro de normatividad irrepetible. Una distribución inspirada en esta mirada debería combinar criterios clínicos con justicia social. No basta con maximizar la eficiencia biológica si ello perpetúa desigualdades estructurales¹.

Entonces nos queda la pregunta sobre si es justo responsabilizar al individuo por su salud. Desde Canguilhem, la respuesta debe matizarse. El individuo es agente normativo, pero su capacidad de instituir normas no es ilimitada ni independiente del contexto. La salud humana ha sido tradicionalmente concebida como un asunto estrictamente biológico, un equilibrio de órganos, sistemas y funciones que puede medirse y corregirse mediante intervenciones médicas. Sin embargo, la vida de un organismo no se desarrolla en un vacío ya que está condicionada por factores sociales, económicos y culturales. La pobreza, por ejemplo, no solo limita el acceso a atención médica o a alimentos adecuados, sino que restringe la capacidad del organismo para adaptarse a desafíos cotidianos y preservar su margen de acción vital. Una persona con recursos insuficientes enfrenta mayores riesgos de enfermedad crónica, estrés persistente y limitaciones en su autonomía. La educación, por su parte, supone la capacidad de comprender y manejar

1. Por ejemplo, priorizar a quienes han estado más expuestos por condiciones laborales precarias puede entenderse como una forma de corregir las desventajas previas que limitaron su capacidad normativa.



información que afecta directamente a la salud, como los hábitos de higiene, nutrición, prevención de enfermedades, acceso a derechos sociales, etc. Sin educación, la persona puede carecer de herramientas para intervenir sobre su propio medio y para tomar decisiones informadas sobre su vida.

El racismo estructural evidencia cómo grupos discriminados sufren una acumulación de factores de riesgo como exposición a entornos contaminados, menor acceso a servicios sanitarios, estrés crónico derivado de la discriminación. Canguilhem subrayaría que si el mundo está organizado de manera que ciertos cuerpos se enfrentan sistemáticamente a mayores dificultades, esa desigualdad no es responsabilidad de los individuos, sino del tejido social que limita su normatividad. Asimismo, las condiciones laborales ejercen una influencia decisiva. Jornadas extensas, ambientes peligrosos o tareas alienantes no solo afectan al cuerpo mediante desgaste físico o estrés crónico, también reducen la capacidad de la persona para ejercer autonomía frente a su entorno. No se puede esperar que un organismo despliegue su capacidad normativa plena en un contexto que lo constriñe sistemáticamente. Culpar a la persona por no alcanzar un ideal de salud es ignorar que la enfermedad puede ser, en gran medida, un reflejo de desigualdades sociales, económicas y culturales.

En otro orden de asuntos, la tensión entre la autonomía individual y el deber médico de preservar la vida es uno de los dilemas más persistentes de la medicina contemporánea. Por un lado, el paciente reclama el derecho a decidir sobre su propio cuerpo y, por otro, el médico se siente comprometido por la conservación de la vida. Sin embargo, si se aborda esta tensión desde la perspectiva de Georges Canguilhem, la pregunta ya no es simplemente quién tiene la última palabra. Para Canguilhem, la vida no es un simple fenómeno biológico susceptible de mantenimiento técnico, ya que el organismo no se limita a funcionar, sino que es axiológico en su relación con el medio cambiante. Desde este punto de vista, preservar la vida no significa necesariamente prolongarla a cualquier precio. Puede ocurrir que la intervención médica, aunque técnicamente eficaz, reduzca la posibilidad del sujeto de instituir sus propias normas, de decidir sobre el sentido de su existencia. Aquí la autonomía adquiere un significado profundo. Cuando un paciente rechaza un tratamiento que prolongaría su vida en condiciones que considera inaceptables, el conflicto no puede resolverse apelando únicamente al deber médico de conservar la función orgánica. Canguilhem permitiría decir que la vida humana no se agota en su dimensión fisiológica, porque incluye la experiencia vivida, el proyecto, la valoración subjetiva de lo que significa vivir. Esto no implica tampoco que la autonomía sea absoluta. El médico no es un mero ejecutor de deseos, sino un profesional que posee saberes específicos y una responsabilidad ética. Sin embargo, esa



responsabilidad no debería confundirse con un poder paternalista que sustituya la normatividad del paciente por la propia.

Este debate se vuelve aún más complejo en el ámbito de la salud mental. ¿Son los trastornos mentales enfermedades como las físicas? La pregunta ha generado posiciones extremas, desde quienes los consideran alteraciones neurobiológicas equiparables a cualquier patología orgánica, hasta quienes los interpretan como meras construcciones sociales. La reflexión de Canguilhem ofrece un camino más matizado. Para él, un trastorno mental puede ser tan real como una fractura de un hueso si implica una disminución efectiva de la capacidad de vivir, de relacionarse, de proyectarse en el mundo. Desde este ángulo, no hay razón para negar la condición de enfermedad a ciertos trastornos mentales que restringen gravemente el campo de posibilidades del sujeto. Sin embargo, Canguilhem también advierte que la historia muestra que comportamientos hoy considerados variaciones legítimas fueron, en otros momentos, catalogados como enfermedades. Esto indica que la cultura desempeña un papel decisivo en la delimitación de lo normal y lo patológico. No todo lo que se aparta de una norma social constituye enfermedad. El riesgo de la psiquiatría (y de la medicina en general) es confundir desviación cultural con patología biológica. Canguilhem no niega su realidad, pero insiste en que la patología implica siempre una vivencia subjetiva de disminución. Esto conduce a la cuestión sobre si los trastornos mentales son construcciones sociales. La respuesta, desde esta perspectiva, no puede ser binaria. No son invenciones arbitrarias, porque el sufrimiento y la limitación que experimentan quienes los padecen son reales. Pero tampoco son hechos puramente naturales independientes del contexto cultural. La forma en que se definen, clasifican y tratan está influida por valores sociales, expectativas colectivas y marcos históricos. La cultura determina qué conductas se consideran tolerables, qué emociones se juzgan excesivas y qué modos de vida se perciben como problemáticos. El papel de la cultura es, por un lado, ampliar la comprensión del sufrimiento psíquico, ofreciendo recursos simbólicos y comunitarios para afrontarlo. Pero, por otro lado, puede estrechar el margen de normalidad, generando la medicalización de experiencias humanas comunes. Una sociedad que exige productividad constante puede etiquetar como trastorno lo que, en otro contexto, sería simplemente un ritmo diferente de vida.

Desde la perspectiva de Georges Canguilhem se nos obliga a tomar cierta distancia sobre los entusiasmos tecnológicos. Su reflexión sobre lo normal y lo patológico no fue una defensa romántica de la naturaleza, pero tampoco una celebración ingenua del progreso técnico. Fue, ante todo, una advertencia sobre que la vida no se reduce a optimizarse indefinidamente. Por ejemplo, la vacunación, los antibióticos o las prótesis ya modificaron



radicalmente nuestras posibilidades vitales. Si la técnica amplía el margen de acción del sujeto, sin imponerle una norma externa que lo subordine, puede entenderse como una prolongación de la normatividad vital. Pero si transforma la medicina en una fábrica de estándares competitivos, el cuidado corre el riesgo de convertirse en ingeniería del rendimiento. En un contexto donde algoritmos diagnostican, máquinas monitorizan y las decisiones se apoyan en modelos predictivos, la medicina puede deslizarse hacia una lógica puramente técnica. Para Canguilhem, el acto médico no consiste solo en corregir un parámetro, sino en acompañar a alguien cuya relación con su entorno se ha visto alterada (cuidado). Si la práctica sanitaria olvida esa dimensión subjetiva, corre el riesgo de tratar cuerpos sin atender vidas. Entonces, podremos preguntarnos si es legítimo restringir libertades por razones de salud pública. Según Canguilhem, la cuestión debe reformularse. El individuo no vive aislado, su normatividad se ejerce en un medio que incluye a otros, no es solipsista. Una conducta que aumenta el riesgo colectivo puede reducir la capacidad normativa de muchos sujetos. En ese sentido, ciertas restricciones podrían interpretarse no como negación de la libertad, sino como condición para que la libertad sea posible en un espacio compartido². Restringir libertades puede justificarse cuando la capacidad normativa de muchos depende de limitar la acción de algunos. Pero tales restricciones deben evaluarse cuidadosamente, evitando convertir la excepción en norma permanente. Canguilhem no fue un teórico del Estado sanitario, pero su concepción relacional de la vida sugiere que la salud no es puramente individual. Una medida que se impone sin diálogo ni justificación puede erosionar la confianza y transformar el cuidado en coerción. Decidir si se prioriza a los mayores, a los trabajadores esenciales o a las poblaciones vulnerables implica valorar qué vidas se consideran más urgentes de proteger. Desde una lectura canguilhemiana, podría defenderse que la justicia sanitaria debe atender no solo a la probabilidad biológica de riesgo, sino a las condiciones sociales que reducen el margen de acción de ciertos grupos. Canguilhem fue sensible al modo en que la medicina puede convertirse en instrumento de normalización social. Cuando el cuidado se fusiona con la vigilancia permanente, el riesgo es que la excepción se naturalice y que el cuerpo se transforme en objeto constante de supervisión. La cuestión central no es elegir entre libertad absoluta y control total, sino mantener viva la conciencia de que toda intervención sanitaria se inscribe en un marco de valores. Mejorar, restringir, vigilar o priorizar no son actos

2. La obligación de vacunarse ilustra bien esta tensión. La vacunación no solo protege al individuo, sino que contribuye a la inmunidad colectiva. Negarse puede ser una decisión personal, pero sus efectos trascienden el ámbito privado.



neutros. Desde la perspectiva de Canguilhem, la tarea consiste en proteger y ampliar la normatividad vital sin sustituirla por una norma técnica incuestionable. Allí donde la intervención amplía el poder de vivir, sin imponer uniformidad, puede considerarse legítima. Allí donde convierte la vida en objeto de optimización constante o de control permanente, conviene detenerse y preguntar qué idea de humanidad estamos dispuestos a sostener.

CODA FINAL

Canguilhem nos propone una idea de normatividad biológica, individual, que nos permite la creación de normas para enfrentarnos al medio que nos rodea y que se ve invadido por la normalización que nos decía Foucault, propia de las sociedades contemporáneas. En Foucault, la vida y sus procesos (incluyendo la enfermedad, la muerte o la sexualidad) son espacios de resistencia, de rebeldía a todo programa o esquema exterior. Foucault centraba su atención, en su época genealógica, en los dispositivos de biopoder que normalizan cuerpos y conductas, pero sin olvidar el aspecto de la vida como resistencia y creatividad. Esa idea tiene como fondo a su maestro Canguilhem para quien la vida es un espacio de creación de normas que nos permita la autorregulación, la capacidad adaptativa, la plasticidad y la diferencia.

Ambos autores realizan una historia crítica del pensamiento a través de sus conceptos de normalización, normalidad y normatividad. Para Canguilhem, esta normatividad es una capacidad que tiene el ser vivo de darse una norma biológica a sí mismo según las condiciones en donde habite. Por tanto, la distinción salud y enfermedad, normal y patológico, sólo puede hacerse en relación con el individuo. Va a ser la vida, como instancia previa a la norma, quien haga esa distinción. La normalidad queda secuestrada en la normatividad.

Pero, según Foucault, la norma es la manifestación del poder disciplinario y de la biopolítica. Las sociedades modernas son sociedades de normalización que emplean las tecnologías de poder sobre la vida, el individuo o la población. En los últimos cursos, Foucault distinguirá entre la normación de las sociedades disciplinarias y los dispositivos de seguridad. Para él, en la disciplina pasamos de la norma a lo normal, y en los dispositivos de seguridad se distingue lo normal para avanzar hacia normativizar.

REFERENCIAS

- BACARLETT, M.L., LECHUGA, A.M. (2009). «Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización». *Ludus vitalis*, XVII (31): 65-85.



- BERNARD, C. (1878). *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*. J.B. Baillière.
- CANGUILHEM, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Anagrama.
- (1990). *La santé: concept vulgaire et question philosophique*. Sables.
- (2005). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- (2005b). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. Amorrortu.
- CANNON, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. W.W. Norton & Company.
- CAPONI, S. (1997). «Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud». *História, Ciências, Saúde*, Vol. IV, 287-307.
- FOUCAULT, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- GARCÍA, E. (2014). «El silencio de los órganos. Los desencuentros de la salud y la normalidad según G. Canguilhem y M. Foucault». *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, vol. XIX (1): 27-45.
- HERNÁNDEZ, R. (2013). «La positividad del poder: la normalización y la norma». *Teoría y crítica de la psicología* 3: 81-102.
- LE BLANC, G. (2004). *Canguilhem y las normas*. Claves-Perfiles.
- LEGRAND, S. (2007). *Les normes chez Foucault*. Puf.
- LALANDE, A. (1926). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Presses Universitaires de France.
- LITTRÉ, P.É. (1872). *Dictionnaire de la langue française*. J.B. Baillière.
- ROBIN, A. (1843). *Essai sur l'anatomie pathologique de l'homme*. J.-B. Baillière.
- MACHEREY, P. (2016). «Subjetividad y norma en Canguilhem y Foucault». *Ciencias Sociales y educación* 5(9): 163-183.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [OMS] (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- TORRANO, A. (2013). «Canguilhem y Foucault. De la norma biológica a la norma política». *Estudios de Epistemología* 10: 122-144.
- TORRANO, A. (2015). «La monstruosidad en G. Canguilhem y M. Foucault. Una aproximación al monstruo biopolítico». *Ágora, Papeles de Filosofía*, 34/1: 87-109.
- VÁZQUEZ, F. (2015). «Canguilhem, Foucault y la ontología política del vitalismo». *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, 48: 165-187.



ENTRE HECHOS Y VALORES: DIMENSIONES DE LA SALUD





EL MUNDO DE LA PERCEPCIÓN EN LA EXPERIENCIA PSICOPATOLÓGICA. ESBOZO DE UNA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD A PARTIR DE LA FENOMENOLOGÍA DE MERLEAU-PONTY

BRYAN ZÚÑIGA ITURRA

Universidad Paris 1. Panthéon Sorbonnel Universidad de Chile

ORCID: 0000-0001-6707-2170

INTRODUCCIÓN

El pensamiento de Maurice Merleau-Ponty tiene como tema fundamental la percepción, esta es, aquel vínculo corporal, afectivo y significativo que tenemos con el mundo. Situado en el contexto de esta filosofía, el siguiente capítulo tiene como objetivo describir el tipo de percepción que está en juego en el marco de la experiencia de la psicopatología. Para lograr este cometido, nuestro texto dispone de tres momentos. En primer lugar, y luego de una lectura de *La structure du comportement* (2013), describiremos nuestra relación cotidiana con el mundo a través de aquello que proponemos denominar el poder instituyente del ser humano. En segundo lugar, y mediante una exégesis de *Phénoménologie de la perception* (1976), presentaremos la relación existente entre las tres dimensiones que están a la base del aparecer del mundo de la percepción, a saber, su carácter afectivo, corporal y significativo. Para finalizar, y a través de una lectura de *L'institution, la passivité* (2015), y algunas notas de *Le visible et l'invisible* (1979), elaboraremos una fenomenología de un impensado a lo largo del desarrollo de la propuesta Merleau-Ponty, a saber, la constitución significativa del mundo en el marco de la experiencia psicopatológica.

* * *

Como afirma Emmanuel de Saint-Aubert en *Le scénario cartésien*, el objetivo mayor de la filosofía de Maurice Merleau-Ponty es pensar aquel vínculo corporal con el mundo que a partir de 1945, el fenomenólogo francés denomina percepción (2005: 40). Merleau-Ponty, situándose al interior de un derrotero intelectual iniciado por René Descartes, y continuado por autores como Malebranche y Maine de Biran, busca superar la clásica



distinción occidental entre *alma* y *cuerpo* mediante la elaboración de una propuesta que centra su descripción en aquella dinámica afectiva y corporal en la que consiste nuestra vida (2014). ¿Es que acaso el filósofo logra superar dicha dicotomía? De ser así ¿cuáles son las categorías mediante las que materializa dicha empresa? Nos parece que la respuesta a este segundo interrogante la encontramos en la noción de *mundo de la vida* (*Lebenswelt*), el cual, como establece el autor en el prólogo de *Phénoménologie de la perception*, es el tema principal de sus primeras consideraciones fenomenológicas (1993: 7). Merleau-Ponty, inspirado, por un lado, por la *psicología de la Gestalt* y, por otro lado, por los en ese entonces manuscritos inéditos de Edmund Husserl, en particular *Ideas II* (2014 [1952]), *La crisis de las ciencias europeas* (2008 [1993]) y *La tierra no se mueve* (2006 [1995]), sostiene que aquello que está en el origen de nuestro vínculo con el mundo es su aparecer sensible, afectivo y significativo (Van Breda, 1962: 410 y ss.). ¿En qué consisten estas dimensiones que articulan nuestra relación con el mundo? ¿En qué medida vivencias tales como las enfermedades somáticas y las psicopatologías pueden suponer una reconfiguración en dicha dinámica?

Buscando responder estas preguntas, el presente texto tiene un doble objetivo. Por una parte, describir uno de los temas transversales a todos los trabajos del autor, a saber, el aparecer significativo del mundo. Por otra parte, poner de manifiesto cómo el mundo aparece significativamente en el marco de la experiencia psicopatológica. Para lograr este cometido, nuestra propuesta dispone de tres momentos. En primer lugar, y a partir de una lectura de *La structure du comportement* (2013), describiremos el vínculo cotidiano con el mundo mediante aquello que proponemos denominar la *potencia instituyente* del ser humano. En segundo lugar, y luego de una exégesis de *Phénoménologie de la perception* (1976), abordaremos la relación existente entre las tres dimensiones que están a la base del aparecer del mundo, a saber, su carácter afectivo, corporal y significativo. Para finalizar, y por medio de una lectura de *L'institution, la passivité* (2015) y ciertas notas de *Le visible et l'invisible* (1979), desarrollaremos una fenomenología acerca de un impensado de la propuesta de Merleau-Ponty, a saber, la constitución del sentido del mundo en el contexto de la experiencia psicopatológica. Al concluir esta contribución se espera mostrar que la experiencia psicopatológica es un género de percepción que desafía seriamente el poder instituyente del ser humano, es decir, su capacidad para crear nuevos sentidos y formas de relación con el mundo.

EL APARECER SIGNIFICATIVO DEL MUNDO

En su primera gran obra, *La structure du comportement*, Merleau-Ponty desarrolla una propuesta mediante la que deja en evidencia diversas



limitaciones que tienen las principales doctrinas psicológicas de inicios del siglo xx al momento de describir el comportamiento humano. El filósofo comienza su texto mediante una revisión exhaustiva de doctrinas tales como la psicología naturalista y el conductismo, dejando de manifiesto, en ese contexto, el excesivo énfasis en lo biológico, los supuestos ontológicos monistas y la comprensión *estática* de la acción humana que caracterizan a ambas tradiciones (2013: 15). Propuestas como la teoría del reflejo condicionado de Iván Pavlov solo cobran sentido en el marco de un pensamiento que opera bajo la premisa que frente a cierto *estímulo externo* la respuesta del organismo humano será siempre igual. Del mismo modo, saberes tales como la psicología experimental de fines del siglo xix e inicios del siglo xx operan sobre la base de un principio que establece la absoluta identificación entre nuestra actividad cerebral y nuestras experiencias. ¿Qué alternativa teórica tenemos a estos enfoques? ¿Es que acaso el clásico dualismo occidental que distingue entre alma y cuerpo es una opción al monismo ontológico característico de modelos clínicos como las *Central Brain Therapies* (CBT), a saber, aquel que propone una concepción de las psicopatologías como trastornos de origen biológico (Zahavi y Loidolt, 2021: 58)? La respuesta a ambas inquietudes se relaciona directamente con aquello que, de acuerdo con de Saint-Aubert, constituye la intención filosófica que da vida al pensamiento de Merleau-Ponty. Esta es, retomar cierto legado cartesiano a la luz del cual busca pensar el vínculo del ser humano y el mundo yendo más allá de la distinción entre alma y cuerpo, de la dicotomía entre una *conciencia interna* que se vincularía con una *realidad externa*. ¿Cómo se realiza esta operación? En este contexto la recepción crítica que el autor hace de la psicología Gestalt resulta fundamental. En *La structure du comportement* el fenomenólogo afirma que «mi ser psicofísico total (...) es, en suma, un entrelazamiento de significaciones tales que, cuando algunos de ellos son percibidos y pasan a la actualidad, los otros no son captados (*visées*) sino “virtualmente”» (2013: 329)¹. Para Merleau-Ponty una de las alternativas teóricas de las que disponemos para describir nuestra relación con el mundo sin que aquello suponga un compromiso dualista es centrar nuestra consideración en la noción gestáltica de *forma* (*Geltalt*), a saber, aquella mediante la cual se describe el comportamiento humano como el resultado de una acción que responde a cierta *significación funcional* que poseen los objetos

1. La traducción es de todos los fragmentos en francés, con excepción de *Fenomenología de la percepción* (1993) y *Sentido y Sin sentido* (1977), es de nuestra autoría. En el caso del primer texto, se utilizará la traducción al español solo en aquellos casos que se cite literalmente la obra. Todas las paráfrasis de esta obra tomarán en consideración la versión original en francés del año 1976.



del mundo (ib.: 116, 135). Por ejemplo, la significación funcional *sentarse* que tiene el objeto silla.

Desde esta perspectiva a la hora de describir el comportamiento humano el énfasis debe estar puesto en la diversidad de significaciones que nos mueven a relacionarnos con el mundo y no en explicaciones causalistas que sitúan el origen de nuestras acciones en elementos tales como constitución neurológica. Así, lo biológico, en cuanto elemento integrante de la arquitectura de nuestra experiencia, deviene, en este marco, un asunto de significación (Dorfmann, 2006: 32), y más precisamente un asunto de significación vital². A modo de ejemplo de lo anterior pensemos en vivencias tales como tener hambre. En este caso, aunque el fenómeno en cuestión pueda ser explicado en términos biológicos, aquello que interesa al momento de describir el comportamiento humano es cómo este hecho biológico posee cierta significación vital que nos mueve a relacionarnos con el mundo de cierta manera. En esta situación, por ejemplo, buscando satisfacer aquella necesidad. ¿Es que todo lo anteriormente expuesto es suficiente para comprender a cabalidad la dinámica del comportamiento humano? ¿Mediante este marco teórico podemos identificar la especificidad de la acción humana y distinguirla de aquella ejecutada por otros animales no humanos? Estos interrogantes dejan de manifiesto algunas de las limitaciones propias de la descripción del comportamiento humano desarrollada por la psicología de la Gestalt.

Si la acción humana es el resultado de la identificación de cierta significación funcional de las cosas esto no explica con claridad cuál es la diferencia entre el comportamiento humano y el comportamiento animal, entre el aparecer significativo del mundo como *mundo de la vida* (*Lebenswelt*) y *mundo circundante* (*Umwelt*), es decir, como un mundo que limita su significación a la satisfacción de necesidades puramente biológicas³. Si bien

2. Nos parece que en esta consideración acerca de lo *biológico* como un asunto de *significación vital*, es decir, como un evento que puede ser descrito en su calidad de vivencia experimentada en primera persona por un sujeto singular, hallamos un punto de encuentro entre la fenomenología merleau-pontiana y aquella desarrollada por Edmund Husserl en obras tales como *Recherches phénoménologiques pour la constitution* (2016). Para ambos filósofos fenómenos biológicos como el envejecimiento o la enfermedad pueden ser abordados fenomenológicamente en la medida que involucran una reconfiguración en el modo a través del cual le aparece el mundo a un sujeto particular. Para profundizar acerca de este asunto se recomienda la lectura del artículo «Apuntes críticos a la distinción *Leib-Körper* en *Ideas II* y la centralidad del *Leibkörper* para la fenomenología de la corporeidad» de Ariela Battán (2023).

3. Para profundizar en la comprensión del concepto de *mundo circundante* (*Umwelt*) se recomienda la lectura del texto *Andanzas por los mundos circundantes de los animales y los hombres* (2022) de Jakob Von Uexküll.



resulta incuestionable que el comportamiento humano tiene ciertas similitudes con el comportamiento animal precisamente por el hecho de que el ser humano es un tipo de animal, lo anterior no implica que nuestras acciones se limiten en su diversidad a asuntos de carácter puramente *funcional*, tal y como propone la psicología de la Gestalt. Parafraseando a Paul Válerý (2016) y Emmanuel Levinas (1991: 107 y ss.), pareciera ser que uno de los elementos distintivos de nuestro modo de actuar reside en la posibilidad de describir una serie de comportamientos que operan bajo la lógica de lo *inútil*, es decir, de aquello que, en principio, no obedece a ninguna funcionalidad. Por ejemplo, aquel gusto por lo bello que inspira prácticas artísticas como la danza. En palabras de Válerý, el hombre «es ese animal singular (...) que pone todo el valor que le gusta darse en la importancia que concede a percepciones y actos inútiles sin consecuencias físicas vitales» (2016: 13). El ser humano, a diferencia del animal no humano, se vincula con el mundo de una manera en la que dicho horizonte no aparece única y exclusivamente como el espacio que permite satisfacer una serie de necesidades ligadas a funciones vitales básicas para la sobrevivencia⁴ (Von Uexküll, 2022 [1934]: 35). En nuestro caso, pareciera ser que el mundo nos ofrece un conjunto de posibilidades de acción que, desbordando el registro de lo puramente funcional, son el sello distintivo de nuestro comportamiento. ¿Es que acaso existe otra distinción entre ambos modos de relacionarse con las cosas? A nuestro juicio, una segunda diferencia está en aquello que proponemos denominar siguiendo a Merleau-Ponty el *poder instituyente*, es decir, creador de sentido, del ser humano (2015).

Si la psicología de la Gestalt establece que el comportamiento humano está motivado por la identificación de ciertas estructuras funcionales existentes en el mundo, esta proposición tiene como corolario que, de alguna manera, el campo posibilidades de acción con las que contamos está dado por completo desde un comienzo. Por más que podamos combinar distintas significaciones funcionales en el marco de actividades complejas como practicar un deporte con implemento, por ejemplo, el tenis, dicho conjunto de combinaciones posibles se encuentra agotado desde un inicio, razón por

4. A este respecto es importante señalar que, si bien es posible advertir cierta sensibilidad estética en algunos animales no humanos, esta no posee las mismas características que la sensibilidad estética humana. Mientras la primera, además de no poseer el mismo grado de sofisticación que la segunda, no obedece a una intención creativa de carácter explícito. En el caso de los animales no humanos el fenómeno estético se explica siempre en relación con actividades tales como cortejo amoroso o la lucha por el alimento (Souriau, 2022 [1965]: 42-52). Es decir, sigue involucrado directa o indirectamente con un asunto de sobrevivencia. Para profundizar en este tema se recomienda la lectura de *El sentido artístico de los animales* (2022) de Étienne Souriau.



la cual podemos afirmar que, desde esta perspectiva, el comportamiento humano está condenado a la mera repetición de patrones ya existentes. ¿Es del todo justa esta descripción? En este punto es donde se produce la bifurcación definitiva entre el derrotero intelectual propio de Merleau-Ponty y la influencia inicial que tuvo sobre el autor la psicología de la Gestalt. Para el filósofo francés uno de los elementos distintivos del comportamiento humano es la posibilidad de *crear nuevas significaciones*, y con ello dar vida a nuevos comportamientos. En la obra antes citada el pensador establece que:

En el comportamiento animal, los signos siempre siguen siendo señales y nunca se convierten en símbolos. Un perro entrenado para saltar sobre una silla cuando se le ordena y luego pasar de allí a una segunda silla, nunca utilizará, en ausencia de una silla, dos escaleras de mano o una escalera de mano y un sillón que se le presenten. (2015: 183)

Y posteriormente agrega que «lo que define al hombre no es la capacidad de crear una segunda naturaleza —económica, social, cultural— más allá de la naturaleza biológica, sino la de ir más allá de las estructuras creadas para crear otras» (ib., 265). A diferencia de lo sugerido por la psicología de la Gestalt, Merleau-Ponty propone una comprensión del comportamiento en la que este tiene como elemento distintivo la posibilidad de apropiarse de las significaciones ya existentes para darles un nuevo sentido. El ser humano es un animal *simbólico* que, en virtud de cierta *capacidad categorial*⁵, tiene la posibilidad de significar de múltiples maneras una misma situación (Merleau-Ponty, 2021: 379). Es esta capacidad de crear nuevas significaciones aquello que da forma posteriormente a la noción de *institución* propuesta por el filósofo a mediados de los años 50. Como afirma el filósofo en este último contexto, instituir no es crear a partir de nada, sino resignificar ciertas tramas de sentido ya existentes (2015: 48 y ss.). Por todo lo anterior, resulta comprensible nuestra constitución como seres culturales, es decir, como animales simbólicos que se relacionan con el mundo a través

5. El ser humano, a diferencia de los animales no humanos, tiene cierta capacidad de abstracción que le permite aprehender la significación que posee una determinada situación, por ejemplo, «el tener que caminar desde un lugar A hacia un lugar B», prescindiendo de aspectos contingentes tales como el camino o la forma a través de la cual se llega a ese lugar. Una de las características del comportamiento humano es la posibilidad de «improvisar» ante las distintas variaciones que puede presentar la repetición de la misma situación. Por ejemplo, si un día debemos cruzar la calle para ir a ver un amigo, y justo en esa ocasión el camino habitual está interrumpido, aquella situación nos invita a «crear» otra manera de llegar a ese destino. En suma, el tipo de relación que tenemos con las significaciones que ofrecen las cosas nunca es estática, sino que siempre abre la posibilidad de nuevas significaciones, o, como afirmaremos posteriormente, nuevas *instituciones de sentido* (Bimbenet, 2004: 114).



de ciertas pautas que desbordan lo puramente biológico, y, además, como intentaremos mostrar, la irrupción de fenómenos que, desafiando nuestro poder instituyente, alteran nuestra relación cotidiana con el mundo. Por ejemplo, las enfermedades somáticas y las psicopatologías.

SENTIDO, MUNDO Y CORPORALIDAD

Como afirma Alphonse Waelhens en el prólogo a la última edición de *La structure du comportement*, la diferencia entre esta obra y *Phénoménologie de la perception* consiste en que mientras el primer texto se sitúa en un debate con las principales doctrinas psicológicas de la época en función de sus limitaciones para describir nuestro vínculo cotidiano con el mundo, la segunda tiene como objetivo tematizar *positivamente* dicho vínculo a través de los recursos conceptuales que ofrece la fenomenología (2013: XVI). Si el primer libro tiene como misión describir el comportamiento humano, es decir, nuestra relación práctica con las cosas a partir de sus diferencias con otras especies animales no humanas, el segundo presenta una exégesis de dicha relación a la luz de sus propias características. En este marco general, el filósofo francés propone el concepto de percepción como aquella categoría filosófica por medio de la cual nombra esta relación. Pero entonces: ¿qué significa hacer una fenomenología de la percepción? Si la percepción es el concepto fenomenológico mediante el que Merleau-Ponty tematiza nuestra relación con el mundo, y la fenomenología describe las estructuras de la experiencia humana a la luz de su manifestación en el contexto de nuestras vivencias, entonces elaborar una fenomenología de la percepción supone realizar el ejercicio intelectual de describir nuestro vínculo con el mundo a partir de cómo éste *aparece ante nosotros*. Si la categoría filosófica de comportamiento nos invitaba a pensar dicho modo de relación a partir del *aparecer significativo* del mundo, la noción fenomenológica de percepción nos mueve un paso más allá. Si el comportamiento es un vínculo que tiene a su base diversas *significaciones vitales* mediante las que aparecen los objetos, la percepción agrega a dicha consideración un énfasis en la dimensión afectiva y corporal que está en el origen del modo a través del cual nos aparecen dichas significaciones (2013: 254). La principal novedad teórica que instala la publicación de *Phénoménologie de la perception* es que la posibilidad misma de pensar nuestro vínculo con el mundo tiene como condición cierto soporte material, a saber, aquello que el autor denomina *cuero propio*⁶. En

6. En virtud de los objetivos propuestos para este texto resulta imposible profundizar nuestra descripción acerca del concepto merleau-pontiano de *cuero propio*, así como sus diferencias y similitudes con la comprensión husserliana de esta noción. Por esta razón



otras palabras, el cuerpo es, para Merleau-Ponty, el *medio* a través del cual nos relacionamos con el mundo (1976: 122). ¿A qué hace referencia el autor cuando establece que el cuerpo *nos da* un mundo? ¿Qué comprensión de la corporalidad encontramos al interior de la propuesta de Merleau-Ponty? En la obra antes mencionada podemos leer que: «Mi cuerpo no es para mí un aglomerado de órganos yuxtapuestos en el espacio. Lo mantengo en una posesión indivisa, y sé la posición de cada uno de mis miembros gracias a un esqueleto corpóreo en el que todos están envueltos». (1993: 115 [1976: 127]).

Y, posteriormente, agrega que «sistema de potencias motrices o de potencias perceptivas, nuestro cuerpo no es objeto para un «yo pienso»: es un conjunto de significaciones vividas que va hacia su equilibrio» (1993: 170 [1976: 190]). Para el fenomenólogo francés el cuerpo es aquel órgano de la experiencia que nos permite entrar en relación con el mundo y los demás sujetos con los que nos encontramos al interior de dicho horizonte. El cuerpo posee un *poder vinculante*, es decir, cierta potencia que, permitiéndonos estar en el mundo, hace siempre posible relacionarnos con cosas distintas a nosotros mismos. El cuerpo propio, a diferencia de otros cuerpos tales como una mesa o un libro, no se limita a ocupar un lugar en el espacio geométrico, sino que además se caracteriza por su capacidad de organizar el mundo como un sistema que se articula en torno a sus diversas acciones (Saint-Aubert, 2004). Por ejemplo, en el marco de prácticas tales como la gimnasia rítmica los diversos implementos de los que dispone la deportista no limitan su significación a ser meros cuerpos que ocupan un lugar en el espacio, sino que el conjunto de ellos *cobran vida* a la luz de los movimientos ejecutados por la artista. La corporalidad entendida desde la perspectiva de Merleau-Ponty debe ser comprendida bajo cierta lógica de la *apropiación*. Es decir, cierto movimiento de *incorporación* mediante el que nos apropiamos del mundo al integrar distintos objetos a nuestro esquema corporal. Emmanuel de Saint-Aubert describe el esquema corporal en los siguientes términos:

Organización intersensorial e intercorporal de nuestra vida, pivot de la unidad de nuestro ser y de nuestra relación a otros seres, el esquema corporal es, para Merleau-Ponty, la arquitectónica de una corporeidad que estructura (*architecture*) el mundo. El [esquema corporal] está animado por su intrusión (*investissement*) en otros cuerpos por medio de los cuales puede edificar su propia estructura: la unidad de este “esquema” o “imagen” del

recomendamos la lectura del artículo «¿En qué sentido mi cuerpo es mío?: El “cuerpo propio” en *Ideen II* y *Phénoménologie de la perception*» (2018) de Esteban García.



cuerpo —extraño esquema o imagen, puesto que escapa largamente a las representaciones conscientes— se forja progresivamente al interior de un tejido relacional en el que mi cuerpo, el mundo y el otro sirven el uno para el otro como matriz simbólica. (2013: 18)

¿Qué lugar tienen las *significaciones vitales* que están a la base del comportamiento humano al interior de este nuevo esquema que incluye la noción fenomenológica de corporalidad? Para responder esta pregunta es necesario hacer referencia a dos dimensiones constitutivas de la corporalidad que están estrechamente imbricadas entre sí. Por una parte, su carácter *afectivo*. Por otra parte, su carácter *significativo* o *simbólico*, siendo este aquel al interior del que se inscribe su antes descrita *potencia instituyente*. En relación con el primer elemento, es importante señalar, tal como lo hace el autor en la segunda parte de *Phénoménologie de la perception*, que una de las características fundamentales del cuerpo propio es ser un *objeto afectivo*, es decir, cierta estructura de la experiencia en virtud de la que nos vinculamos con el mundo dado que éste nos invita a relacionarlos con él. En la obra antes mencionada podemos leer que:

Se decía también que el cuerpo es un objeto afectivo, mientras que las cosas exteriores solamente me son representadas (...) «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». Es lo que muy bien pone de manifiesto la «voluminosidad primitiva del dolor» del que hablaban los psicólogos. Se reconocía, luego, que mi cuerpo no se ofrece como los objetos del sentido externo, y que quizás éstos solamente se perfilan sobre este fondo afectivo que originariamente lanza a la consciencia fuera de sí misma. (1993: 111 [1976: 122-123]).

A la base de actividades motrices tan diversas como correr, bailar o estar sentado, está cierta *interpelación originaria* de carácter pasivo en razón de la cual nos vinculamos corporalmente con el mundo de una determinada manera. Por ejemplo, siguiendo las diversas emociones que despierta en nosotros una melodía. Pasando ahora al segundo elemento que nos invita a considerar el autor a la hora de describir el cuerpo fenomenológico, a saber, su dimensión significativa, es importante establecer desde un comienzo que, así como la afectividad debe ser entendida en este contexto más allá de cierta distinción taxativa entre lo pasivo y lo activo, del mismo modo, cuando hablamos del carácter simbólico de la corporalidad debemos entender esta a partir de cierta ambigüedad entre una dimensión pasiva, a saber, lo instituido, y una dimensión activa, a saber, lo instituyente. Mientras la primera da cuenta de las diversas significaciones culturales que forman parte del repertorio motriz de nuestro cuerpo producto de procesos sociales



tales como la educación —la cual nos enseña, por ejemplo, la diferencia entre ciertos movimientos, gestos y posturas permitidas, y aquellas que no lo son—, la segunda hace referencia a la capacidad creativa por medio de la que el cuerpo puede instituir nuevas significaciones apropiándose de las ya existentes (Merleau-Ponty, 2015: 379). Retomando nuevamente el ejemplo de la danza, en este caso nos encontramos con una práctica corporal que, en lugar de limitar sus posibilidades a la *repetición* de una serie de repertorios motrices ya existentes, está siempre abierta a la creación de nuevos movimientos⁷. Por ejemplo, aquellos que dan vida a performances artísticas y a ciertas posturas improvisadas que suponen una modificación en la ejecución de cierta *técnica* característica de un determinado deporte (Deleuze, 2013 [1996]: 155). En palabras del autor:

La motricidad, tomada en estado puro, ya posee el poder elemental de dar un sentido (*Sinngebung*). (...) El cuerpo es nuestro medio general de poseer un mundo. Ora se limita a los gestos necesarios para la conservación de la vida y, correlativamente, propone a nuestro alrededor un mundo biológico; ora, jugando con sus primeros gestos y pasando de su sentido propio a un sentido figurado, manifiesta a través de ellos un nuevo núcleo de significación: es el caso de los hábitos motores, como el baile. (2013: 159, 163-164 [1976: 177,182])

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto reafirmamos entonces una hipótesis de lectura mencionada al inicio de este apartado, a saber, que la principal innovación que acontece en el tránsito desde *La structure du comportement* a *Phénoménologie de la perception*, es que en la segunda obra Merleau-Ponty sostiene que aquella estructura fenomenológica que está a la base de la potencia instituyente propia del comportamiento humano es la corporalidad. El cuerpo propio, siendo el órgano

7. Uno de los conceptos que, sin lugar a duda, podría enriquecer la comprensión de la descripción merleau-pontiana acerca de lo simbólico es la noción de libertad. Así como la institución de nuevos sentidos es el resultado de la apropiación de un conjunto de significaciones ya existentes, del mismo modo la libertad es, para el autor, un asunto que debe ser entendido a partir de la ambigüedad mediante la cual nos relacionamos con la situación y el contexto histórico-cultural en el que nacemos. En efecto, como seres humanos no escogemos por voluntad propia el contexto ni las pautas culturales al interior de las cuales crecemos. Sin embargo, tampoco estamos condenados a una pura inercia determinista que nos obligaría a repetir al pie de la letra las mismas sin ninguna posibilidad de modificarlas aunque sea mínimamente. Ser humano supone nacer *de* un mundo que nos condiciona culturalmente, pero al mismo nacer *a* un mundo cuyas significaciones podemos siempre instituir de nuevas maneras. Ni pura libertad, ni pura determinación, ni pura creación, ni pura repetición. Al interior de esta ambigüedad constitutiva nos desenvolvemos a lo largo de nuestras vidas (Merleau-Ponty, 1976: 476 y ss.).



que nos permite vincularnos con el mundo a partir de sus distintos relieves afectivos y significaciones vitales, es al mismo tiempo aquel momento integrante de nuestras vivencias en virtud del cual podemos inventar nuevos modos de relacionarnos y orientarnos al interior de dicho espacio (2013: 176).

Es importante mencionar un aspecto de la propuesta merleau-pontiana que, en razón de la extensión de este texto, no podemos profundizar, a saber, la estrecha relación existente entre el carácter afectivo y el carácter simbólico de la corporalidad. Lo afectivo y lo simbólico se relacionan en la medida que el primer elemento, estando a la base de aquella interpelación originaria en virtud de la cual las cosas del mundo nos invitan a vincularnos con él, abre la posibilidad de instituir nuevas significaciones en función del modo a través del cual un sujeto singular se siente interpelado por una situación determinada. Tal como sugiere el título de una de las secciones del curso *L'institution, la passivité* dedicada al análisis de la obra de Marcel Proust, esta es: «L'institution d'un sentiment» (2015: 83-101), la vida afectiva del ser humano está directamente ligada con el aparecer significativo del mundo en la medida que ella configura su aspecto de una determinada manera. Por ejemplo, bajo la significación de lo melancólico y lo nostálgico en el contexto de experiencias como el duelo provocado por la muerte de un ser querido. Del mismo modo, en el marco de experiencias afectivas tales como el amor:

La institución del amor en la vida de Swann, como en la de todos, transforma su manera de percibir el mundo; todo es diferente, es por esto que el amor puede transfigurarse en terror, en cambio de la personalidad, en búsqueda de la verdad, porque, cuando cambia nuestro modo de percibir las cosas, entonces cambiamos nosotros y nuestra relación con ellas. Swann es un caso particular pero paradigmático de lo que sucede a un individuo cuando se instituye un sentimiento de estas características en la vida. (Buceta, 2016: 126)

Lo afectivo posee un carácter simbólico en la medida que abre ciertos modos de relación con las cosas que siempre pueden ser reconfigurados mediante la institución de nuevas significaciones nacidas de la persistencia de un mismo sentimiento, la irrupción de otros, o bien, un cambio en el valor simbólico que otorgamos a dicho estado afectivo. A modo de ilustración de lo anterior, pensemos nuevamente en la experiencia del duelo. En el contexto de esta vivencia, no sólo es nuestra rutina quien pierde un integrante habitual, sino que además el modo mismo en que aparece el mundo resulta modificado. Posibilidades de acción y de vínculo con las que contábamos anteriormente pasan a ser meros recuerdos. Objetos que,



hasta ese momento, poseían cierta significación vital devienen significantes inertes. Como señala Stefan Christensen:

El duelo es esencialmente un proceso de reestructuración de la espacialidad del cuerpo, como lo vemos en el caso de los miembros fantasmas (...) El proceso que el sujeto debe atravesar es un proceso de reestructuración de su espacio vivido, exactamente de la misma manera que una persona que habiendo perdido a un ser querido (*proche*) debe reestructurar su espacio afectivo. (2010: 88)

Ante este escenario pareciera ser que la única posibilidad con la que cuenta quien sufre el duelo es reapropiarse de su relación con la significación que poseen ciertos objetos del mundo mediante la institución de nuevas tramas de sentido. ¿Es que acaso existen experiencias que, producto de la conmoción afectiva que suscitan en quienes las padecen, desafíen este poder instituyente del ser humano? ¿Hay afectos que, en lugar de abrirnos nuevos modos de relación con el mundo, nos cierren a este? Para responder ambas inquietudes a continuación describiremos la enigmática constitución de lo simbólico en el marco de la esquizofrenia y el trauma.

LAS PSICOPATOLOGÍAS COMO PATOLOGÍAS DEL SENTIDO

En *Phénoménologie de la perception*, Merleau-Ponty afirma que en el marco de aquellas experiencias que la psiquiatría tradicional denomina psicopatologías, los pacientes son incapaces «es incapaz de ejecutar, con los ojos cerrados, movimientos “abstractos”, eso es, movimientos no dirigidos a ninguna situación efectiva, como mover a petición los brazos o las piernas, extender o doblar un dedo» (1993: 120 [1976: 132]). Estas condiciones vitales, además de suponer la distensión del arco intencional y la pérdida del espacio virtual, es decir, la posibilidad de imaginar escenarios potenciales con las acciones que eventualmente podríamos ejecutar, involucra una incapacidad para aprehender las *significaciones motrices* que nos ofrecen los objetos del mundo (2013: 140). Las psicopatologías, al igual que vivencias como las enfermedades somáticas, desafían aquello que tanto en la primera como en la segunda sección de este trabajo hemos denominado la potencia instituyente del ser humano.

¿Qué es lo que entiende el autor cuando habla de psicopatología? ¿Es que acaso la utilización de esta categoría conceptual no supone asumir la clásica distinción entre *cuerpo* y *alma* que la fenomenología merleau-pontiana buscaba superar? Si centramos nuestra atención en la propuesta metodológica desarrollada por el filósofo tanto en *La structure du comportement* como en *Phénoménologie de la perception*, a saber, describir la relación que tenemos



con el mundo a la luz de su aparecer significativo, entonces el uso que Merleau-Ponty hace del concepto de psicopatología debe ser comprendido más allá de aquella dicotomía. Hablar de los padecimientos *psíquicos* del ser humano con el autor no es proponer una filosofía del hombre interior que supondría la existencia de cierta realidad interna que se vincularía con el mundo externo. Como propusiera previamente el psiquiatra neerlandés Jan Hendrik Van Den Berg (1952), hablar de psicopatología con Merleau-Ponty es hacer referencia a un género de padecimiento que, además de no tener un claro origen biológico, tiene como característica central ser una disrupción al nivel de aquella dimensión simbólica mediante la cual aparece el mundo. Enfrentarse a situaciones tales como un cuadro de esquizofrenia o un trastorno alimenticio supone encontrarse en medio de un escenario en el que aquello que resulta alterado son las diversas significaciones vitales mediante las cuales el mundo nos invita a relacionarnos con él.

Si, como vimos previamente, a la base de nuestro contacto con las cosas está cierta interpelación afectiva a través de la cual nos aparecen los objetos, pareciera ser que existen cierto tipo de experiencias que, producto de la intensidad afectiva con la que son vividas, ponen en tela de juicio nuestra capacidad para otorgarles *activamente* un sentido. Si la dimensión simbólica que nos define como animales humanos supone pensar nuestra relación corporal con el mundo a la luz de cierta ambigüedad constitutiva entre lo *instituido* y lo *instituyente*, es decir, entre las codificaciones culturales que sedimentan el modo a través del que nos vinculamos con el mundo y la posibilidad de instituir nuevas formas de relación con aquel horizonte, aquello que caracteriza la irrupción de la psicopatología es precisamente una distensión en la capacidad de crear nuevos sentidos. Como afirmara previamente el fundador del psicoanálisis aquello que diferencia estados afectivos tales como la tristeza provocada por un duelo y un cuadro clínico como la melancolía es que mientras el primero da paso a un momento de rearticulación de nuestra relación con el mundo, el segundo torna imposible la reanudación de aquel vínculo producto de la incapacidad de resignificar simbólicamente el objeto perdido. Como establece Freud:

La melancolía, como hemos llegado a saber, contiene algo más que el duelo normal. La relación con el objeto no es en ella simple; la complica el conflicto de ambivalencia. Esta es o bien constitucional, es decir, inherente a todo vínculo de amor de este yo, o nace precisamente de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto (...) en ellas se enfrentan el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal (...) Ahí mismo se efectúan los intentos de desatadura en el duelo, pero en este caso nada impide que tales procesos prosigan por el camino normal que atraviesa el Prcc hasta llegar a la



conciencia. Este camino está bloqueado para el trabajo melancólico, quizás a consecuencia de una multiplicidad de causas o de la conjunción de estas. (1992 [1957]: 253-254)

El índice de lo psicopatológico para Merleau-Ponty comienza en aquel momento en que un objeto del mundo posee una *significación rígida* que no puede ser instituida de otra manera. En una nota de trabajo incluida en *Le visible et l'invisible* (1979: 293-294), el filósofo francés analiza el célebre caso del *hombre de los lobos* (2012 [1955]: 29 y ss.), en el cual uno de los pacientes de Freud sufría una fobia a las mariposas suscitadas por una experiencia traumática padecida durante la infancia. En este caso, nos encontramos con una situación vital en la que un objeto específico, a saber, la mariposa, es revestido de cierta significación que es el resultado de una asociación en virtud de la cual el insecto en cuestión *condensa simbólicamente* aquel horror corporal provocado por la experiencia traumática. En otros términos, el origen de la fobia no se encuentra en cierto acontecimiento ligado directamente a las mariposas, antes bien aquello que ocurre es que la significación afectiva a través de la cual es vivido el evento traumático, en este caso el horror, es instituida a un nivel simbólico en el objeto mariposa. La mariposa no en sí misma el motivo del horror, sin embargo, producto de cierta sedimentación pasiva —que es descrita por la fenomenología genética de Merleau-Ponty—, deviene sinónimo de horror y en consecuencia es un objeto que, además de poseer una significación rígida que no podemos cambiar, nos priva de cierto fragmento del mundo (2012 [1955]: 433; 2015: 372-373). De la misma manera, en «La doute de Cézanne» (1996), el autor sostiene que:

Esta pérdida del contacto espontáneo con los hombres, esta impotencia para dominar las situaciones nuevas, su huida a un mundo de hábitos, a un medio sin problemas, esta oposición tan rígida entre la teoría y la práctica, entre los contactos humanos y su libertad de solitario, todos estos síntomas permiten hablar de una constitución enfermiza, y por ejemplo, como se ha hecho con el Greco, tratarle de esquizoide (...) Existe una relación entre la constitución esquizoide y la obra de Cézanne, porque la obra revela un sentido metafísico de la enfermedad —la esquizoidia como reducción del mundo a la totalidad de las apariencias cuajadas y puesta en cuestión de los valores expresivos (1977: 35, 49 [1996: 15, 27]).

De acuerdo con esto, y al igual que en la experiencia traumática, aquello que acontece en padecimientos tales como la esquizofrenia es una disrupción en nuestra relación perceptiva con el mundo que tiene como efecto principal cierta rigidez que nos obliga a vincularnos con el mundo de una sola manera. En específico, a partir de aquella significación estática



mediante la cual nos aparecen las cosas. De manera similar a lo que ocurre en experiencias patológicas como la afasia, este es aquel trastorno en el que se pierde la capacidad para comprender el lenguaje, aquello que acontece en el marco de las vivencias psicopatológicas⁸ es que la dimensión simbólica de nuestra experiencia pierde su carácter dinámico y deviene una realidad inerte (Merleau-Ponty, 2001: 63).

CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido describir el tipo de percepción, es decir, el modo de relación afectiva, corporal y significativa con el mundo, propio de la experiencia psicopatológica. Tomando en consideración los elementos expuestos en las tres secciones de este capítulo: primero, la potencia instituyente que caracteriza el comportamiento humano (1); segundo, el soporte afectivo y corporal que subyace a dicha capacidad para instituir nuevos sentidos (2); y tercero, la descripción de la psicopatología como una experiencia que modifica nuestro modo de relación con el mundo al alterar su aparición simbólica (3), sostenemos, a modo de conclusión general, que, a contrapelo de muchas teorías acerca de lo psicopatológico, los padecimientos psíquicos son para Merleau-Ponty vivencias en las que siempre está en juego un modo de relación con el mundo. Para el autor, y a diferencia de filósofos como Henri Maldiney (2007), la distinción fenomenológica entre lo psicopatológico y lo no psicopatológico no reside en una pérdida de contacto con el mundo, sino más bien en una distensión en la diversidad y riqueza de significaciones mediante las cuales nos aparece

8. Teniendo a la vista los objetivos propuestos para el presente trabajo resulta imposible profundizar de un modo más apropiado en la definición merleau-pontiana de psicopatología. Sin embargo, nos parece importante subrayar que a la base de dicha comprensión subyace cierta noción de *normatividad* que está estrechamente imbricada con el concepto de institución abordado en este texto con el objetivo de describir la dimensión simbólica de nuestra experiencia de mundo. La distinción entre lo *normal* y lo *psicopatológico* solo es comprensible en la medida que toda psicopatología supone la disrupción en cierto modo *habitual* de relacionarse con el mundo que encuentra su génesis en cierta *institución de sentido* (Werhle, 2021). En otras palabras, el concepto mismo de institución, además de dar cuenta del modo en que nos relacionamos *significativamente* con el mundo, posee cierto alcance normativo. A la luz de cierta institución, es decir, de cierta significación que se sostiene a largo del tiempo (Merleau-Ponty, 2015: 49) las cosas aparecen como *normales* o *anormales*, como *habituales* o *inhabituales*, como *posibles* e *imposibles*, siendo precisamente en este punto donde puede entenderse aún más por qué las psicopatologías involucran siempre una disrupción al nivel del sentido. Para profundizar en este asunto se recomienda la lectura del artículo «Situating Normality: The Interrelation of Lived and Represented Normality» (2021) de Marlene Werhle.



dicho horizonte. Por lo anterior, afirmamos con el fenomenólogo que toda psicopatología es, en último término, una psicopatología del sentido, es decir, un padecimiento que, alterando el modo a través del cual nos aparece significativamente el mundo, nos cierra a la posibilidad de vincularnos con él de otras maneras. De la misma forma, este intento preliminar de sistematizar la comprensión de lo psicopatológico desarrollada por Merleau-Ponty abre nuevos derroteros intelectuales que nos mueven a describir fenomenológicamente asuntos tales como la experiencia onírica y la constitución pasiva de lo simbólico mediante la labor de aquello que el autor denomina *inconsciente fenomenológico*. Sin embargo, esta tarea quedará pendiente para una próxima indagación.

REFERENCIAS

- BATTAN, A. (2023). «Apuntes críticos a la distinción Leib-Körper en Ideas II y la centralidad del Leibkörper para la fenomenología de la corporeidad». *Investigaciones Fenomenológicas*, 20: 33-54.
- BIMBENET, E. (2004). *Nature et humanité. Le probleme anthropologique dans l'oeuvre de Merleau-Ponty*. Vrin.
- BUCETA, M. (2016). «La institución de un sentimiento: Un amor de Swann». *Ideas y Valores* 65 (161): 109-126. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v65n161.45515>.
- DELEUZE, F. (2013 [1996]). *Abecedario*. Medicina y Arte.
- DORFMAN, E. (2007). *Réapprendre à voir le monde. Merleau-ponty en face du miroir lacanien*. Springer.
- FREUD, S. (1992 [1957]). *Obras completas. Volumen XVII: De la historia de una neurosis infantil (caso del "hombre de los lobos"), y otras obras (1917-1919)*. Amorrortu.
- (2012 [1955]). *Obras completas. Volumen XIV: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*. Amorrortu.
- GARCÍA, E. (2018). «¿En qué sentido mi cuerpo es mío? El cuerpo propio en *Ideen II* y *Phénoménologie de la perception*». *Investigaciones fenomenológicas*, 15: 21-43.
- HUSSERL, E. (2014[1952]). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Volumen II: Investigaciones acerca de la constitución*. Fondo de Cultura Económica.
- (2004 [1993]). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Prometeo.
- (2006 [1995]). *La tierra no se mueve*. UCM.
- KRISTENSEN, S. (2010). «La chair comme espace du deuil. Maurice Merleau-Ponty à la rencontre d'Ana Mendieta». *Studia Philosophica* 69, Philosophie des Bildes, Philosophie de l'Image: 79-94.



- LEVINAS, E. (2013). *Entre nous. Essais sur le penser a-l'autre*. Poche.
- MALDINEY, H. (2007 [1991]). *Penser l'homme et la folie*. Millon.
- MERLEAU-PONTY, M (1979). *Le visible et l'invisible*. Gallimard.
- (1993 [1976]). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-Agostini. Edición francesa (1976). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- (2001). *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1951*. Gallimard.
- (1977 [2006]). *Sentido y sinsentido*. Edicions 62 SA. Edición francesa (2006). *Sens et non sens*. Gallimard.
- (2013). *La structure du comportement*. PUF.
- (2014). *L'union de l'ame et du corps chez Malebranche, Biran et Bergson*. Vrin.
- (2015). *L'institution, la passivité. Notes de cours au Collège de France (1954-1955)*. Belin.
- (2021). *La Nature: Cours du Collège de France (1956-1960)*. Points.
- SAINT-AUBERT, E. (2004). *Du lien des êtres aux éléments de l'être. Merleau-Ponty au tournant des années 1945-1951*. Vrin.
- (2005). *Le scénario cartésien. Recherches Sur La Formation Et La Cohérence de l'Intention Philosophique de Merleau-Ponty*. Vrin.
- (2013). *Etre et chair I. Du corps au désir: L'habilitation ontologique de la chair*. Vrin.
- SOURIAU, E. (2022 [1965]). *El sentido artístico de los animales*. Cactus.
- VÁLERY, P. (2016). *Philosophie de la danse*. Allia.
- VAN BREDÁ, H. L. (1962). «Maurice Merleau-Ponty et les Archives-Husserl à Louvain». *Revue de Métaphysique et Morale*, 67, (4): 410-430.
- VAN DEN BERG, J. H. (1952). «The Human Body and the Significance of Human Movement: A Phenomenological Study». *Philosophy and Phenomenological Research* 13 (2): 159-183
- VON UEXKÜLL, J. (2022 [1934]). *Andanzas por los mundos circundantes de los animales y los hombres*, Buenos Aires: Cactus.
- WEHRLE, M. (2021). «Situating Normality: The Interrelation of Lived and Represented Normality». *Chiasmi International - Trilingual Studies concerning the thought of Merleau-Ponty* 23: 99-119.
- ZAHAVI, D. & LOIDOLT, S. (2021). Critical Phenomenology and Psychiatry. *Continental Philosophy Review* 55 (1): 55-75. <https://doi.org/10.1007/s11007-021-09553-w>





LA CONSTRUCCIÓN MORAL DE LA SALUD MENTAL

SERGIO RODIA

Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

En 1978 Susan Sontag publicó su famoso ensayo *Illness as metaphor*¹, en el que aplicaba su aguda inteligencia a la labor de destruir las metáforas que envolvían a la enfermedad. Sontag, que había sido un referente cultural una década atrás escribiendo sobre cine, teatro y literatura, y que intelectualmente se había querellado contra la interpretación («en lugar de una hermenéutica necesitamos una erótica del arte», escribió en uno de sus ensayos más famosos) (Sontag, 2004: 14) ahora se volcaba con una lucidez asombrosa a desentrañar el lenguaje que codificaba, moldeaba y, en muchos casos, estigmatizaba la enfermedad. Con una copiosa y erudita bibliografía a sus espaldas realizó un estudio minucioso de las metáforas que dan cuerpo socialmente a algunas enfermedades y señaló que su interés no era describir el modo en que un individuo enferma, ni adentrarse en la discusión sobre el significado médico y epistemológico de la enfermedad, sino desenmascarar «las fantasías punitivas o sentimentales que se maquinan sobre ese estado». «Mi tema no es la enfermedad física en sí», remató, «sino el uso que de ella se hace como figura o metáfora» (Sontag, 2019: 11).

La premisa de su ensayo era que se ha impuesto la tendencia a codificar la enfermedad a través de metáforas y que estas implican siempre una determinada visión moral sobre la enfermedad y el sujeto que la padece. A lo

1. La versión castellana del texto tiene un título inexacto: el libro apareció con el sonoro título de *La enfermedad y sus metáforas*, influenciado por el título de otro de sus famosos textos sobre la enfermedad, aparecido once años después, en 1989: *AIDS and its metaphor*. El cambio en la traducción es relevante ya que el punto central del ensayo no son las metáforas de la enfermedad —en concreto, las que se han construido insidiosamente alrededor del cáncer—, sino el hecho de percibir la enfermedad como una metáfora.



largo del texto se centra en dos enfermedades que habían dado lugar a una rica, compleja y por momentos cruel mitología: la tuberculosis y el cáncer. Se trataba claramente de dos polos opuestos: De Chopin a Kafka, la tuberculosis era asociada a un exceso de genio y sensibilidad, a cuerpos frágiles que apresaban espíritus elevados y sensibles, a poetas, artistas y creadores, como si una sobreabundancia de sensibilidad y talento marchitara irremediablemente sus cuerpos. Por el contrario, el cáncer se presentaba en la fantasía social como el castigo auto-producido por personas que neciamente contenían sus emociones —especialmente la rabia—, y por ello adquiriría tintes más dramáticos, casi condenatorios. El tuberculoso tenía en su experiencia vital un punto admirable, mientras sobre el enfermo de cáncer recaía la sospecha de la mezquindad emocional. Distintas enfermedades daban lugar a una mitología diferenciada que miraba con superioridad a unos y condenaba implacablemente a otros. Sontag quería evitar esa perversa moralización de la enfermedad y por ello se dio a la tarea de hacer un recorrido crítico por obras, novelas, tratados médicos y referencias filosóficas para tratar de *desmitologizar* la moralidad que envolvía a la enfermedad, pues defendía, como un axioma, que «la enfermedad no es una metáfora» —ni social, ni cultural, y mucho menos moral—, «y que el modo más auténtico de encarar la enfermedad —y el modo más sano de estar enfermo— es el que menos se presta y mejor resiste al pensamiento metafórico» (ib.)

El apasionado interés que pone en desmontar esa moralización de la enfermedad, con todos los mecanismos psicológicos que ello conlleva (la culpa, el castigo, la falta, etc.) no era producto de una mera curiosidad intelectual: a sus 44 años, le habían detectado un cáncer de seno en etapa IV, y sus posibilidades de sobrevivir eran prácticamente nulas. Sometida a brutales sesiones de quimioterapia a lo largo de más de treinta meses («me siento como la guerra de Vietnam», expresó a un amigo) (Moser, 2019: 368), Sontag vivió en una época en la que «la deshonestidad médica era una práctica promedio entre los doctores que mentían a los pacientes de cáncer» (ib.: 367), envolviendo de misterio todo lo relacionado con el diagnóstico. «Se sentía presa de una enfermedad que no sólo era letal, sino también vergonzosa» (ib.: 373) y por ello fue tan sensible al hecho de que «en el caso específico del cáncer, una mitología moralizante convertía una condición química o fisiológica en una ocasión para juzgar a quienes la padecían» (ib.: 371). Por eso señala en la página que abre el ensayo y que sirve como declaración de intenciones, que su objetivo principal era *liberarse* de esas metáforas que insidiosamente atormentan a los enfermos.

El ensayo de Sontag arroja luz sobre un hecho consabido: la enfermedad usualmente da lugar a estigmatizaciones: al cáncer y la tuberculosis podríamos añadir una larga lista que va de la peste a la locura, de la lepra



al VIH, del Alzheimer a la esquizofrenia y más allá. Lo interesante en este caso es que su análisis parte del *uso metafórico que se hace de la enfermedad*, o mejor aún, de *la construcción metafórica de la enfermedad*: al tomar la noción de metáfora en su sentido más clásico, —es decir, aristotélico— como «la traslación de un nombre ajeno» (Aristóteles, 1999: 205), es decir, dar a una cosa el nombre de otra, Sontag llamaba nuestra atención sobre el hecho de que el despliegue de metáforas para nombrar la enfermedad no podía explicarse sólo por la necesidad humana de dotar de sentido o explicación a una enfermedad, pues detrás de esas metáforas usualmente se esconden insidiosos juicios morales que culpabilizan, atormentan, degradan y vulneran a quienes padecen una enfermedad.

Si quisiéramos hacer el mismo ejercicio de Sontag en el caso específico de las «enfermedades mentales» o, como prefiero llamarlas aquí, de los «padecimientos psíquicos», la situación adquiere mayor complejidad por el hecho de que si bien un diagnóstico de cáncer resulta irrefutable, no ocurre lo mismo cuando se emplean las categorías que nombran los padecimientos psíquicos. La construcción gnoseológica de los padecimientos psíquicos representa un problema mayor a la metaforización *mitologizante* de la enfermedad porque la dificultad no reside, de entrada, en «nombrar una cosa por otra», como ocurre con las metáforas, sino en determinar el estatus médico de aquello que nombramos.

El intenso debate en torno a la forma en que se construyen las categorías clínicas que describen el padecimiento psíquico sigue en boga. Por mencionar algunos nombres, Michel Foucault analizó cómo el caso concreto de la categoría de locura había sido construida históricamente para controlar a ciertos grupos o fuerzas subversivas en «el cuerpo social» (Foucault, 2015); Thomas Szasz fue igualmente incisivo al sostener que los trastornos mentales no son enfermedades en sentido médico, sino etiquetas utilizadas también en el control social (Szasz, 2008); Mathew Smith hizo un repaso crítico a al modo en que apareció en el terreno de la psiquiatría el concepto de «hiperactividad» dentro del TDAH (Smith, 2012); el psicólogo social Jonathan Haidt ha desmontado los presupuestos que apoyan una respuesta farmacológica ante la epidemia de ansiedad en adolescentes (Haidt, 2024) y la depresión no ha dejado de ser puesta en cuestión desde la antipsiquiatría hasta el psicoanálisis. Parece que cuando nos concentramos en los «padecimientos psíquicos» el problema, de entrada, no es la mitologización metafórica que envuelve a la enfermedad, sino el hecho mismo de nombrar el padecimiento. Pero eso no exenta al universo de los padecimientos mentales de estar sometido a moralizaciones, al contrario, pocas cosas se prestan tanto para hacer valer los criterios morales, políticos, culturales y sociales de una época como la llamada «enfermedad mental».



Sin embargo, lo que aquí nos interesa no es pensar, como han hecho los autores anteriormente mencionados, cómo se construye moral, política y epistemológicamente la enfermedad en el terreno de la vida psíquica, sino *cómo se codifica moralmente la noción de salud*, y en específico, la salud mental. La biopolítica surgida en los albores del siglo XIX convirtió al concepto de salud en una herramienta de control político y social, lo cual, de entrada, explica por qué nuestro interés al pensar el padecimiento psíquico desde su construcción moral se centra en la llamada «salud mental» antes que en el análisis concreto de alguna patología: promover la «salud mental», desde la perspectiva biopolítica, es un gesto tan sospechoso como evaluar moralmente a las enfermedades. Este ensayo sostiene que, aunado a la perenne moralización de la enfermedad mental que se sigue reproduciendo en diferentes esferas de la vida pública, las sociedades neoliberales han construido moralmente la noción de *salud mental*, trasladando al espacio de la vida psíquica los criterios que rigen las dinámicas económicas y mercantiles. Emulando a Sontag, nuestra preocupación no será ¿qué es la salud mental?, sino *¿qué mitologías moralizantes operan en la construcción de eso que, en las sociedades neoliberales, se ha dado en llamar «salud mental»?*

La convicción que anima este ensayo es que el significante «salud mental» se ha convertido en la expresión de una determinada moral económica que, como en los casos que analiza Sontag, compromete a un nivel muy íntimo la vida psíquica de los sujetos.

NEOLIBERALISMO Y SALUD MENTAL

Probablemente nunca habíamos hablado tanto de salud mental como en las últimas décadas, y a pesar de que ahora resulte lo más común concebir la salud mental como una parte indispensable del bienestar humano, en realidad no siempre fue así². Para comprender cómo se fue articulando este concepto podemos partir de 1946, el año en que la Organización Mundial de la Salud reconoció la salud mental como un componente integral del bienestar (desbordando el marco que hasta entonces concebía la salud sólo como ausencia de enfermedad, y en concreto, de malestar físico). Al menos tres factores jugaron un papel importante en el reconocimiento que la OMS dio de la importancia de la salud mental en una fecha tan señalada.

2. Para una perspectiva general de cómo va cobrando relevancia en el discurso psiquiátrico la noción de «salud mental» se puede consultar el libro *The invention of Mental Illness* del historiador *Edward Shorter* (Shorter, 1998), porque permite conocer los entresijos epistemológicos que fueron dándole forma a la preocupación por la salud mental.



El primero de ellos tiene que ver con los estragos psíquicos y emocionales que provocó la guerra en aquellos que consiguieron sobrevivir. Tras dos guerras mundiales que devastaron Europa por completo, la misión de reconstruir los países se enfrentó al hecho de que era preciso también desarrollar los mecanismos para «reconstruir» psíquica y emocionalmente a aquellas personas que habían experimentado en sus carnes el infierno. De pronto las sociedades occidentales descubrieron que las terribles mutilaciones, deformaciones y amputaciones que provocaba en los combatientes la guerra, y que fue crudamente representado en el maravilloso libro antibelicista de Ernst Friedrich *Krieg dem Krieg* (Friedrich, 2014), tenían un correlato en la vida psíquica, y que los soldados resultaban psíquicamente tan dañados y perturbados como sus cuerpos. Las menciones que salpican las obras de Freud con el concepto de «neurosis de guerra», abrieron la puerta a la posibilidad de articular, tiempo después, reflexiones más profundas sobre el trauma y la guerra, así como a la aparición de conceptos como el *trastorno de estrés postraumático*³.

El segundo aspecto, íntimamente relacionado con el primero, fue el despliegue de un nuevo orden mundial surgido de las ruinas de la segunda guerra mundial, que iba a sentar las bases materiales del neoliberalismo. En sociedades que, como señala Michel Foucault, desde mediados del siglo XIX habían pergeñado una nueva razón gubernamental que convertía a los sujetos en empresarios de sí mismos, la salud mental pasó a ser un factor cada vez más determinante del éxito o fracaso de un individuo en la sociedad. Una vez que se impuso la perspectiva individualista del *homo oeconomicus*, el éxito social —siempre comprendido como éxito financiero— recaía en la capacidad de cada individuo para gestionar sus emociones, explotar sus talentos y corregir sus debilidades. La imposición de una perspectiva económica que en adelante serviría para evaluar cada aspecto de la vida humana le dio una carga cultural decisiva al concepto de salud mental.

Y el tercer factor fundamental para comprender el auge y relevancia del concepto de salud mental en las sociedades neoliberales, es la consolidación de un paradigma biopolítico que busca incidir en aspectos como la salud y la vida de las poblaciones como medio de control.

De este modo, el concepto de «salud mental» en las sociedades neoliberales se configura a partir de una interacción compleja entre procesos económicos, culturales y políticos, cuya característica principal es que se privilegia la lógica del mercado —es decir, sus criterios de eficiencia, maximización

3. v. Besser van der Kolm, *The body keeps the score: Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*, Nueva York, Penguin Books, 2014; Edgar Jones y Simon Wessely, *Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Londres, Routledge, 2005



de beneficios y productividad— por encima de la experiencia subjetiva. De esta manera una categoría que surgió para atender el daño a nivel psíquico que podía conllevar experiencias traumáticas como la guerra, al ser capturada por la lógica mercantil neoliberal, dio lugar a la colonización de la vida psíquica por parte del mercado neoliberal. El mercado no había dado ninguna tregua a las enseñanzas que surgieron de la guerra. En este contexto, la salud mental se concibió no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de optimización y productividad, lo que generó con el tiempo una presión para que los individuos aprendieran a autorregularse y se sometieran insistentemente a normas de rendimiento.

Diversos autores han señalado esta característica principal de la salud mental en el neoliberalismo. La socióloga Eva Illouz en su libro *Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalism* analiza cuidadosamente cómo el capitalismo neoliberal ha mercantilizado cada aspecto de la esfera afectiva. Illouz sostiene que «la intimidad se ha convertido en una mercancía, lo que reconfigura las relaciones afectivas y contribuye a la construcción de sujetos autoexplotados» (Illouz, 2007: 87). Illouz, que ha reflexionado sobre las emociones en el capitalismo, tanto en la cultura de masas como en el espacio terapéutico de los discursos sobre la interioridad y los afectos, nos muestra que conceptos como «salud mental» están capturados dentro de la lógica del mercado neoliberal. El libro rastrea la transformación de las emociones y relaciones personales en recursos económicos, de tal forma que la salud mental se ve determinada por la capacidad de cada individuo para optimizar y gestionar sus afectos conforme a los dictados del mercado (el uso de este lenguaje económico para describir los afectos y las emociones es una prueba fehaciente de cómo las metáforas privilegiadas en el neoliberalismo para configurar la salud mental son de carácter netamente mercantil). En este sentido, el bienestar emocional (que por momentos funciona como sinónimo de «salud mental») se mide en términos de productividad y eficiencia, relegando a un segundo plano los contextos socioeconómicos que condicionan las vivencias personales, es decir, la dimensión política del problema.

Por otro lado, el psicólogo inglés David Smail presentó en su libro *The Origins of Unhappiness: New Directions in Psychotherapy* una mordaz crítica al enfoque neoliberal que individualiza y patologiza el malestar psíquico. Contrario al individualismo a ultranza que impera en las sociedades neoliberales, Smail argumenta que «la felicidad y la salud mental no son simplemente resultados de un equilibrio interno, sino reflejos de condiciones socioeconómicas y culturales que configuran la vida del individuo» (Smail, 1993: 54). Esta perspectiva pone de relieve la necesidad de reconocer que el sufrimiento psíquico no puede reducirse a una cuestión de deficiencias



personales, de falta de resiliencia⁴ o a una ineficaz gestión de sus afectos, sino que es, en gran medida, producto de tensiones y contradicciones estructurales propias de una sociedad orientada al mercado. Smail pone sobre la mesa una tensión que desgarrar a los sujetos en las sociedades contemporáneas y que retomaremos más adelante: la de encarar a nivel personal un problema que estructura de raíz a la sociedad. Así, el problema de la salud mental se despolitiza al trasladarlo a una esfera puramente individual, dejando de lado la responsabilidad colectiva y la crítica a las condiciones de vida impuestas por el neoliberalismo, en un movimiento que aparentemente coloca al sujeto en el centro de la discusión, pero que, en realidad, le roba toda forma de agencia sobre su malestar.

Con respecto al impacto que ha tenido la perspectiva biopolítica en la configuración de la «salud mental», el también psicólogo Nikolas Rose, especialista en la historia y sociología de la psiquiatría, señaló en *Governing the Soul: The Rise of the New Biopolitics* (1999), que «la salud mental se ha convertido en un campo en el que se ejerce un control sutil, a través de la promoción de prácticas de auto-optimización y la internalización de normas de productividad» (Rose, 1999: 102). Según Rose, el neoliberalismo opera mediante un mecanismo de «gubernamentalidad» —concepto de clara influencia foucaultiana— en el que los individuos son incentivados a autogobernarse, asumiendo la responsabilidad de su propio bienestar. Byung Chul Han también ha hecho suyo este diagnóstico que, en su opinión, sólo es posible porque, siguiendo a Foucault, las sociedades disciplinarias han dado paso a sociedades de control (Han, 2010). Esta internalización de normas y expectativas transforma la salud mental en una obligación moral (*moralische Pflicht*), en la que el fracaso personal se equipara al incumplimiento de las demandas del mercado.

Los análisis de Illouz, Smail y Rose, entre muchos otros, nos permiten comprender que el concepto de salud mental en las sociedades neoliberales se articula en torno a tres ejes fundamentales: la mercantilización de las emociones, la patologización del malestar individual y la gestión de la subjetividad como imperativo moral. De ese modo, el neoliberalismo consiguió codificar la salud mental a partir de criterios económicos que desembocan en una perspectiva individualista que, cuando moraliza al malestar psíquico o la salud mental, deposita en el sujeto todo el peso de su malestar.

4. El psicoanalista Jorge Alemán describe la resiliencia como un «término nefasto» que «en absoluto es un elogio del coraje implicado en el deseo, más bien demanda una sumisión despolitizada del siguiente mandato: hagan lo que hagan contigo, vamos a premiar que lo soportes y haremos de esto una cualidad que te designa» (Alemán, 2018: 72)



EL IMPERATIVO MORAL DE LA SALUD

Los diversos aspectos que hemos señalado en la configuración del concepto de «salud mental» vigente en las sociedades neoliberales, hasta ahora aparentemente han dejado de lado la dimensión moral del problema y se han centrado en cómo la salud mental ha sido comprendida a través de criterios y lógicas propias del mercado neoliberal. Esto significa que las mitologías moralizantes que rodean a la salud mental en el neoliberalismo provienen del trasfondo económico que prima actualmente, es decir, que la moral que se impone es la del mercado. No me detendré en el hecho de que resulta inmoral someter la salud psíquica a la industria farmacéutica; tampoco me adentraré en las preguntas sobre los límites morales del capitalismo. En lugar de eso, me interesa saber qué tipo de moral respalda la construcción neoliberal de la salud mental, o, dicho en otras palabras, cuál es la perspectiva moral que el capitalismo tardío —el que fue puesto en marcha en las sociedades neoliberales en la segunda mitad del siglo xx—, moviliza a la hora de construir la mitología de la salud mental.

Cuando analizamos el desarrollo del capitalismo desde sus cimientos morales, podemos discernir al menos dos momentos clave en la construcción de una forma de moralidad, y que corresponden con las diferencias que se establecen entre el capitalismo primitivo y el neoliberal: se trata, por un lado, de la ética protestante descrita por Weber y, por otro lado, del imperativo de goce propuesto por Lacan para describir a nivel psíquico el funcionamiento de las sociedades de libre mercado.

En *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Weber argumenta que el *ethos* protestante (en su análisis hay una profunda relación entre *ethos* y *espíritu*), basado en la idea del trabajo y la predestinación, fue el mayor impulso para el arranque y despliegue del capitalismo. El hecho de que con frecuencia «las regiones protestantes se hallan en la vanguardia del progreso económico» (Weber, 2019: 73) lo llevó a señalar que la importancia del trabajo, una suerte de ascetismo intramundano, ciertas nociones de predestinación y otras ideas de raigambre protestante habían alimentado el espíritu comercial del capitalismo. Utilizando la figura de Benjamin Franklin, destaca las bondades del trabajo, el ahorro y la frugalidad. A diferencia de otras épocas históricas, el enriquecimiento dejó de ser visto como algo reprochable y pasó a ser una suerte de obligación moral —y una manifestación de la propia valía ante Dios y la comunidad—. Weber describe el *ethos* que gobierna al capitalismo primitivo, donde «ganar dinero es, en el espíritu del capitalismo, «el fin de la vida del hombre», no un mero medio para satisfacer necesidades materiales» (ib.: 201). La moral del capitalismo primitivo está centrada en el sacrificio y el trabajo; es una ética de la contención y el



ahorro, de suerte que la recompensa era de carácter material y acumulativo. Corresponde a la perspectiva weberiana la imagen del *homo oeconomicus* de corte benthamita, ese individuo que todo el tiempo está calculando los beneficios de su acción, pero limitando sus pretensiones al ejercicio de aumentar las ganancias, no de satisfacer necesidades materiales. Todd McGowan señala que «en sus manifestaciones iniciales, con la ideología de la «ética del trabajo» y un énfasis en el valor de la gratificación retrasada, el capitalismo sostuvo y necesitó su propia forma de prohibición e insatisfacción», de modo que «sin el ideal de la ética del trabajo y de la renuncia del goce que efectuó, la propia aparición del capitalismo apenas habría sido posible» (McGowan, 2004: 31)

En el caso de las sociedades neoliberales las cosas son sensiblemente diferentes, y lo más interesante es que la diferencia reside en un cambio radical en la moral del capitalismo tardío: impulsados por el comercio internacional y la expansión del libre mercado, el capitalismo ha entrado en una fase hiperproductiva que promueve incansablemente el consumo y ya no la mera acumulación del dinero. Si Weber elogiaba el trabajo y la frugalidad como formas de ascetismo intramundano, el neoliberalismo propondrá una satisfacción irrestricta de los deseos de las personas. ¿Cómo fue posible que un lapso de tiempo relativamente corto el capitalismo haya pasado de una moral restrictiva, una moral que promovía la frugalidad y el trabajo empeñoso a una moralidad que impone como único criterio la satisfacción de cada uno de los deseos? Como el objetivo de este ensayo es dirigirnos a la construcción moral de la salud mental en el neoliberalismo y no a esbozar una crítica al surgimiento del neoliberalismo como una fase posterior del capitalismo, abordaré esta pregunta a nivel de la vida psíquica, tratando de explicar cómo se produjo este cambio de mentalidad y qué impacto tuvo en la configuración de la salud mental entendida como una forma de éxito social.

En *La apathie hyperactive* he tratado de explicar este cambio de perspectiva partiendo de un punto distinto al análisis weberiano sobre los fundamentos teológicos del *ethos* capitalista: me refiero a la perspectiva de la economía psíquica, pues en ese libro he defendido la idea de que la vida psíquica y la economía afectiva «no son un efecto de las nuevas relaciones de producción mercantil, sino su fundamento» (Rodia, 2022: 46). La hipótesis del libro es que se puede comprender mejor el paso de la moral restrictiva que alimentaba los inicios del capitalismo (el ascetismo intramundano de Weber, la producción de la riqueza y la frugalidad del *ethos* protestante) a la moral que impulsa constantemente a los sujetos a consumir, bajo la premisa de que en el mercado neoliberal pueden satisfacer cada uno de sus deseos, a través de la sustitución del deseo por el goce, de una sociedad cimentada



en el egoísmo y la búsqueda calculista de la riqueza a lo Smith (cuyo mayor representante es el *homo oeconomicus* de Bentham) a una sociedad que impone el goce como su máxima moral. El concepto lacaniano de goce⁵, tan distinto de la noción tradicional que tienen los diccionarios del significado de «gozar de algo», da cuenta de que ese paso del deseo al goce implica tendencialmente la *abolición de todo límite*, la apertura a lo ilimitado. Lejos de la moderación promovida por el *ethos* protestante del capitalismo primitivo, el capitalismo neoliberal propugna por el exceso y el consumo.

¿Por qué la sustitución del deseo por el goce es entendida en términos de abolición? Porque en la medida en que se impuso la desregulación económica, es decir, la disminución y posible eliminación de todo tipo de regulación o límite impuesto por el Estado en la economía, también se impuso de manera concomitante una suerte de *desregulación psíquica*: si el objetivo de maximizar las ganancias y disminuir las pérdidas en la economía capitalista consiste en retirar todo obstáculo a la libre circulación y consumo de mercancías, lo mismo debe ocurrir a nivel psíquico, es decir, que cada sujeto tiene que poder realizarse por completo y nada debe limitar su libertad personal. En este punto reaparece una imagen que habíamos esbozado líneas arriba: la del sujeto que puede —y debe— gobernarse y gestionarse, buscando siempre la felicidad económica y el mayor rendimiento, atendiendo en todo momento su cuidado personal, hipercalificándose en un mercado global de alta competitividad. Si al analizar el surgimiento del neoliberalismo Foucault se percató de que en adelante la subjetividad sería concebida como una empresa y cada individuo debía administrarse y gestionar su tiempo, su energía, sus talentos y recursos para conseguir éxito económico, eso significaba que se había consumado una peligrosa sincronía entre la lógica del mercado y la de la subjetividad, entre los ritmos productivos del mercado y la economía de la psique⁶.

Este cambio de paradigma tuvo al menos dos efectos relevantes para este ensayo: el primero fue la imposición de la lógica ganador-perdedor

5. El ya clásico libro de Néstor Braunstein sobre el goce señala que para comprender la dimensión lacaniana del término hay que distanciarse de su significación vulgar, *la del diccionario*, pues, «convierte en sinónimos al goce y al placer», mientras que la perspectiva psicoanalítica «los enfrenta, y hace del goce ora un exceso intolerable del placer, ora una manifestación del cuerpo más próxima a la tensión extrema, al dolor y al sufrimiento» (Braunstein, 2006: 14). El hecho de que el goce no sea sinónimo del disfrute o el placer y, por el contrario, sea definido como una experiencia dolorosa rayana en el sufrimiento, nos da una idea de lo absurdo que resulta buscar la llamada salud mental por el camino abierto por el imperativo de goce neoliberal.

6. Jorge Alemán describirá esta presunta sincronía entre la subjetividad y el mercado neoliberal como «un crimen perfecto» (Alemán, 2018)



que prima en el mundo financiero y la violenta colisión entre el carácter ilimitado del capital y la configuración de la subjetividad (siempre finita, limitada, anclada al tiempo del deseo y la relación con los otros). El segundo fue depositar a nivel subjetivo la responsabilidad de tratar de responder a un problema estructural (la inmodesta e ilimitada voracidad del mercado).

Tanto si tenemos en cuenta la lógica social de ganadores y perdedores, como si depositamos toda la responsabilidad de las fallas del sistema sobre los hombros de cada sujeto, nos enfrentamos a una situación abominable: el capitalismo tiende por su naturaleza a la constante expansión, a lo ilimitado, y un sujeto que trate de llevar el mismo ritmo irremediablemente terminará fracasando. Diversos investigadores (psicoanalistas, filósofos, sociólogos, psicólogos, etc.) han alertado sobre los nocivos efectos de la lógica neoliberal en la salud mental, efectos que van de la depresión, a ataques continuos de ansiedad, del *burn out* como forma de vida, a la cronificación de los trastornos de sueño o la atrofia de las capacidades cognitivas, y que, sabemos, están asociados directamente a esta ominosa disparidad que se abre entre las demandas ilimitadas del mercado y la condición finita de la subjetividad.

Marx señaló que las crisis eran consustanciales al capitalismo, y que, en realidad, querer erradicarlas es absurdo, pues el capitalismo no es otra cosa que la producción constante de crisis. Si vivimos en sociedades que han promovido una simbiosis entre la subjetividad y el mercado, si la subjetividad también es una empresa, entonces invariablemente el capitalismo neoliberal nos aboca a constantes crisis psíquicas, bancarrotas emocionales de las que no podemos escapar. En este escenario, la promoción de la salud mental, la promoción de la moral económica que separa a los individuos entre ganadores y perdedores, y los vuelve responsables únicos y directos de sus fracasos, así como su irremediable incapacidad para satisfacer por completo las demandas del mercado, arrinconan la posibilidad de establecer eso que la OMS llama «bienestar emocional».

La expresión «gozar de buena salud mental», bajo la perspectiva de lo que acabamos de exponer, puede resultar completamente nociva: la idea de gozar en términos del imperativo moral que rige en el neoliberalismo es incompatible con la promesa de tener salud mental, porque los sujetos están expuestos a exigencias ilimitadas de consumo, trabajo y reconocimiento que son imposibles de satisfacer. ¿Qué es entonces lo que pueden hacer para soportar esta contradicción?

SALUD MENTAL Y LITERATURA DE AUTOAYUDA

Las sociedades neoliberales han encontrado en la literatura de autoayuda y superación personal un popular remedio contra los padecimientos



personales del mundo contemporáneo. Da igual si el problema que nos aqueja es una carrera profesional mediocre, una vida profundamente insatisfactoria, la frustración por no cumplir con los patrones que exige nuestro medio social y cultural, severas dificultades para externar emociones, la incapacidad para hacer amigos o para hallar la felicidad, este tipo de textos dicen tener la clave para resolver todos nuestros conflictos. Esto los dota de un magnetismo que para algunos es simplemente irresistible. Muchas personas ven estos libros como amuletos que tienen la capacidad de transformar radicalmente sus vidas. *La literatura de autoayuda no los hace más cultos, inteligentes o asertivos: les enseña a vivir. Y en una época en la que las dinámicas económicas destruyen saberes y formas de vida al mismo tiempo que exigen un estado de ánimo óptimo, eso no es poca cosa.* Como afirma Eva Illouz, «ningún otro marco cultural, con la excepción del liberalismo político y del lenguaje de la eficiencia económica basado en los mercados, ha ejercido una influencia tan decisiva» (Illouz, 2008: 6) en la construcción narrativa de la subjetividad del neoliberalismo como la literatura motivacional.

Lo que hace tan peculiar al discurso de autoayuda es su estilo: son textos que funcionan como guías espirituales, manuales de conducta o compendio de consejos que prometen ayudarnos a superar todo tipo de adversidades. Son como un instructivo para la vida. Su escritura es ligera, ágil y fácil de comprender. No aportan análisis, teorías o explicaciones exhaustivas; tampoco hacen referencia a conflictos sociales o se posicionan políticamente. De hecho, rehúyen a toda explicación teórica de la realidad. Su único objetivo es ofrecer alternativas exclusivamente a nivel personal para curar malestares concretos. De este modo, evitan plantear los problemas de nuestro tiempo en términos políticos, teóricos, sociales y económicos, es decir, despolitizan y desubjetivizan el malestar psíquico. La dimensión que prevalece es siempre la sentimental. *El proyecto de la literatura de autoayuda y superación personal, que adquiere relevancia ante las contradicciones inherentes al neoliberalismo que afectan directamente a los sujetos, se ha desarrollado mediante un movimiento doble: por un lado, han convencido a millones de personas alrededor del mundo de que el motivo principal de sus fracasos profesionales, su lamentable desempeño social o su incapacidad para ser felices no es otro que la mala gestión de sus emociones. Y, por otro lado, les han hecho creer que si siguen fielmente los consejos de gurús, especialistas, conocedores y guías espirituales, hallarán en su interior la solución a todos sus problemas.* Este es el eje central de su discurso. Al hacer de las emociones el fundamento último de nuestro éxito profesional y satisfacción personal el mensaje que mandan es: si aprendes a controlar mejor tus emociones, afectos y pensamientos, si sabes gestionar tu tiempo y tus capacidades, tendrás éxito en la vida.



Este nuevo estilo terapéutico ha permeado prácticamente en todos los campos de la sociedad: desde las estrategias de productividad al interior de empresas hasta la crianza de niños, todos confían en que una buena gestión de las emociones allana el camino para conseguir la realización personal y la prosperidad económica. *Inteligencia emocional*, el exitoso libro de Daniel Goleman, es uno de esos textos de cabecera de quienes promueven este ideal de salud mental. Textos como el de Goleman nos dibujan una realidad en donde la felicidad, la plenitud y el bienestar están al alcance de la mano. Sólo basta con reconducir nuestras emociones, afectos y pensamientos. Hay que expulsar lo negativo de nuestra vida, insisten una y otra vez. Su mensaje es muy seductor. Aquí no hay espacio para hablar de la hiperproductividad neoliberal, la explotación cognitiva o los imperativos neoliberales de rendimiento: en su lugar hay consejos para ser feliz, manuales de autoayuda y guías para alcanzar la plenitud espiritual. Es decir, *los problemas que aquejan la salud mental de los sujetos en el neoliberalismo se resuelven adquiriendo una forma distinta de conducir nuestra vida*.

Dentro de la amplia variedad de corrientes que confluyen en la literatura de consejos, probablemente ninguna se haya preocupado tanto en promover la salud mental como la vertiente espiritual. El desgaste mental, la ansiedad, la aceleración de la vida moderna, la depresión y en última instancia, la pérdida de nuestro *savoir-vivre*, son malestares que rondan una y otra vez las páginas de estos textos. *El poder del ahora*, uno de los superventas de la literatura de desarrollo espiritual, ha alcanzado gran popularidad a nivel mundial por la forma en que concibe a la salud mental en el seno de las sociedades neoliberales. Su autor, Eckhart Tolle, ha sido elevado por sus seguidores a la categoría de guía espiritual iluminado. Este libro contiene todos los rasgos típicos de un libro de autoayuda: el autor advierte que sus textos no contienen «ni teoría ni especulación» y que sus páginas surgen de una profunda experiencia de vida; en el prólogo nos dicen que Tolle se ha convertido en «un maestro universal», que el libro «contiene las claves para hacernos alcanzar la iluminación» (Tolle, 2015: 27), que la posibilidad de cambiar nuestra vida está en nuestras manos y, finalmente, que este libro es mucho más que un libro: es una fuente inagotable de energía y sabiduría.

Según Tolle, el gran problema emocional de nuestro tiempo se debe a nuestra «mente inquieta y parlanchina». Es porque no sabemos detenernos, porque no podemos dejar de pensar o somos incapaces de interrumpir el flujo de nuestros pensamientos que la hiperactividad mental destruye nuestra capacidad para sentir, desear y vivir en el momento presente. *Mantener la mente trabajando en todo momento es el origen de nuestro malestar*.

A pesar de que nunca nos da una definición o aproximación clara sobre qué es la mente, sí describe en qué consiste su actividad. Básicamente



parlotea. *La mente es una voz que habla sin parar*. «Comenta, especula, juzga, compara, se queja, acepta, rechaza» (ib.: 56). Siempre nos abruma con ideas, pensamientos y preocupaciones que llenan de ruido nuestra cabeza y nos impiden concentrarnos en el momento presente. Es un incesante alboroto acústico que nos roba energía vital (tan importante si queremos ser eficientes y triunfadores). A veces esa voz trata con desesperación de seguir el hilo de las ocurrencias que nos cruzan velozmente por la cabeza; en otros momentos son tantas las ideas que nos asaltan simultáneamente que las palabras se apelmazan en nuestra boca antes incluso de que podamos articularlas y en muchas ocasiones nuestra mente se hace presente mediante un bisbiseo constante y de bajo impacto, como si fuera la música de fondo de nuestros pensamientos. Esta frenética hiperactividad mental descrita por Tolle socava la posibilidad de alcanzar la ansiada salud mental.

El hecho de que nuestra mente hable todo el tiempo puede parecernos completamente normal porque creemos que cuando la voz de nuestra mente habla, somos nosotros quienes pensamos. Pero Tolle sostiene que este razonamiento es erróneo. «Usted no es su mente» (Tolle, 2015: 59), sentencia en el primer apartado del libro. Creer que somos lo que pensamos y que sólo existimos en tanto que estamos pensando es un error de base que cometió la filosofía moderna desde Descartes.

Identificar al sujeto con la mente «hace que el pensamiento se vuelva compulsivo» porque enfocamos toda nuestra energía mental, vital y espiritual en lo que ella nos dicta. Así nos volvemos esclavos de nuestros pensamientos; nuestra mente nos controla. ¿Acaso no describe esta condición buena parte del sufrimiento psíquico que embarga a los sujetos en el neoliberalismo y que parece producto de ese intento de satisfacer las demandas ilimitadas de la lógica neoliberal? «No es raro que esa voz sea el peor enemigo de la persona. Muchos viven con un torturador en la cabeza que continuamente los ataca y los castiga» (ib.: 61). Para quien conoce la obra de Freud estas descripciones pueden sonarle familiares: instancias psíquicas como el ello y el superyó pueden actuar también de manera despótica y cruel contra nosotros mediante órdenes, imprecaciones e imperativos, y el imperativo de goce neoliberal se expresa mediante esta fuerza superyoica. Sin embargo, si Tolle no apela a este vocabulario —suponiendo que lo conozca— es porque su preocupación central no son los reproches de nuestra mente, sus reclamos o exigencias, el trasfondo que condiciona a los sujetos a mantenerse constantemente en vilo con el objetivo de maximizar su rendimiento o el análisis de los orígenes del sufrimiento psíquico, sino el simple hecho de que la mente habla y no la podemos controlar. Lo que diga es irrelevante, el problema es que no se calla. Y ante esta suerte de tormenta sonora que absorbe nuestra energía vital, su libro trata de reconfortarnos: «Usted puede liberarse de su mente».



El primer paso es tomar conciencia de que hay un abismo entre nuestra mente y nosotros. Esta toma de consciencia no es un acto intelectual, sino una apertura espiritual. Los procesos mentales son apenas una pequeña parte de eso que comúnmente llamamos inteligencia. Tolle subraya como lo hace prácticamente toda la literatura de autoayuda, la fuerza transformadora de la inteligencia emocional y afectiva. *La verdadera inteligencia no es racional, lógica ni deductiva: consiste en saber usar tu mente, aprender a desconectarla cuando lo necesites y controlar tus emociones. De este modo se alcanzan simultáneamente la felicidad, el éxito profesional (económico) y el desarrollo espiritual.* El libro plantea al menos dos caminos para aprender a separarnos de nuestra mente. El primero consiste en convertirnos en un testigo imparcial de nuestros pensamientos. Aquí el texto adquiere un tono claramente instructivo:

Cuando usted escuche esta voz [su mente] hágalo imparcialmente [...] no juzgue o condene lo que oye, porque hacerlo significaría que la misma voz ha vuelto a entrar por la puerta trasera. Pronto empezará a darse cuenta de esto: *está la voz y estoy yo escuchándola, observándola.* Esta comprensión del Yo soy, esta sensación de su propia presencia, no es un pensamiento. Surge de más allá de la mente [...]; el pensamiento entonces pierde su poder sobre usted y rápidamente se calma porque usted ya no le da la energía a la mente por medio de su identificación con ella (Tolle, 2015: 81)

Marcando una distancia entre nosotros y nuestros pensamientos, Tolle quiere profundizar un abismo que, según sus palabras, ya existe: la separación entre la voz de nuestra mente y nosotros mismos. *Llama la atención que nos pida escuchar esa voz como si la viéramos: escuchar sin juzgar es similar a observar desde la distancia.* La escucha que propone funciona como una visión imparcial de nuestra actividad mental. Si observamos con indiferencia, la voz de nuestros pensamientos poco a poco empieza a apagarse. La mente se calma, y aunque continúe hablando, ya no absorbe nuestra energía. Así, encontramos la paz y el sosiego.

El otro modo de librarnos del insistente ruido mental que nos abruma es concentrar nuestra atención en el *ahora*. El punto ya no es separarnos, sino hacernos presentes. «Vuélvase intensamente consciente del momento presente», escribe. Para conseguir esta presencia plena, propone que nos entrenemos a consciencia en nuestras actividades cotidianas, tomándonos el tiempo para percibir cada matiz de lo que nos rodea. Su ejemplo es muy ilustrador:

Cada vez que suba o baje las escaleras en su casa o en su lugar de trabajo, ponga mucha atención a cada paso, a cada movimiento, incluso a su respiración. Esté totalmente presente [...] O cuando suba a su automóvil después



de cerrar la puerta haga una pausa de unos segundos y observe el flujo de su respiración. Hágase consciente de una sensación de presencia poderosa pero silenciosa. Hay cierto criterio por el que puede medir el éxito en esta práctica: el grado de paz que siente interiormente (Tolle, 2015: 81)

La paz mental y espiritual que nos describe podemos alcanzarla a cada momento, en cualquier instante. Sus consejos para interrumpir nuestras actividades con el objeto de tomar consciencia plena de nuestra respiración y del mundo que nos rodea, funcionan como un ritual permanente que modifica casi por arte de magia la forma en que vemos la vida. De este modo podemos retomar cada cosa que hagamos con *otra* mentalidad. Esas pausas más que interrumpir nuestras actividades, parecen prepararnos para ellas; son como una bocanada de aire fresco que nos mantiene con vida, nos dan la paz necesaria para continuar funcionando en los ritmos frenéticos que imponen las sociedades neoliberales. Tanto si hablamos de tomar distancia del flujo de nuestros pensamientos como si nos anclamos a la intensidad del presente, el objetivo principal es alcanzar un estado de paz al que llama «no-mente». Vivir en el aquí y el ahora, sin pensar, sin ser arrastrado por la corriente de nuestros pensamientos y emociones. Nuestra mente ya no interviene para nada.

Limitando nuestra mente, conseguimos desbloquear el flujo de nuestras emociones, alcanzamos eso que Goleman llama «inteligencia emocional». Esta suerte de iluminación espiritual tan *sui generis* que nos propone la literatura de autoayuda promete traernos paz y sosiego: experiencias que al interior de las sociedades neoliberales parecen imposibles. No es a través del conocimiento sino de una «experiencia transformadora» que este texto puede aportarnos la salud mental necesaria para vivir en las sociedades contemporáneas.

Este libro es apenas una muestra de cómo la salud mental neoliberal pretende hacer compatibles las exigencias ilimitadas de la economía con los estados de constante malestar que afectan la vida de las personas, recurriendo a una suerte de espiritualidad que jamás cuestiona la moral de triunfadores y perdedores que lastima a los sujetos en el neoliberalismo y tampoco da verdadera agencia a los sujetos con respecto a su malestar. Sontag lamentaba que las metáforas mitologizaran la enfermedad porque eso en última instancia, producía más sufrimiento a las personas; la metáfora que hace de la salud mental «el silencio de la mente», la experiencia de «vivir el aquí y el ahora», es la forma más insidiosa y perversa de las mitologías neoliberales.

Al promover este ideal específico de la salud mental, el neoliberalismo bloquea la emergencia de discursos críticos que demandan colocar el sufrimiento psíquico producido por las lógicas productivas del neoliberalismo en el centro de la discusión política e intelectual: ya que la economía se infiltró



hasta el seno de la subjetividad convirtiendo a cada individuo en un emprendedor de sí mismo, la búsqueda de la salud mental debe comenzar por cuestionar esa asociación entre la subjetividad y el mercado, para politizar la experiencia de la sanación mental. No es la creación de nuevas clasificaciones de padecimientos psíquicos lo que resolverá el problema y la farmacología como sustitución de la dimensión subjetiva del malestar, tampoco será la solución. En el ejemplo al que hemos aludido, la literatura de autoayuda —en la vertiente espiritual practicada por Eckhart Tolle— promueve una forma despolitizada de salud mental que con su máxima de «silenciar la mente», «experimentar la paz mental», «dejar la mente en blanco» lanza un abrumador mensaje: al interior de las sociedades neoliberales, aquel que consiga dominarse hasta el punto de silenciar la voz de su cabeza, conseguirá el equilibrio entre el éxito económico y la paz espiritual. La fuente de perturbación emocional, por supuesto, permanece intacta. Este es sin duda, adaptando las palabras de Sontag, «el modo menos sano de estar sano».

A pesar de que el neoliberalismo ha convertido la salud mental en un ideal regulatorio y en una industria (es decir, en una combinación de saber y control, lo que en términos foucaultianos se traduce en poder político), la necesidad de apostar por la salud mental como una parte integral de los sujetos sigue puesta sobre la mesa. Quizá haya que reconocer tras todo este recorrido, que a diferencia de esa forma de obedecer los mandatos del mercado que tienen los libros de consejos y autoayuda, en realidad no hay fórmulas mágicas ni guías que permitan determinar de manera universal en qué consiste la salud mental. La apuesta debería estar en escuchar a los individuos, dejarlos que hablen desde su sufrimiento y encontrar la manera en que puedan *vivir, y no sólo sobrevivir en el mundo*. No me refiero a que se adapten a su sociedad y circunstancias, sino a que cada uno pueda vivir en su singularidad y a su modo, sin tener que llevar a sus espaldas las condenas morales que tratan de imponer una forma de vida. Además, es imperativo desmontar la lógica neoliberal que permea socialmente la noción de «salud mental» pues resulta abominable pretender que cada individuo resuelva por sí mismo, con unas dosis de espiritualidad y vacío mental, las contradicciones que atraviesan a las sociedades neoliberales. Para construir una salud mental que responda a los sujetos y no al mercado, necesitamos deshacernos de estas visiones que, aunque parecen inocuas en su llamado al «silenciamiento de la mente», en realidad sólo dañan y vulneran a los individuos.

Tal vez en la escucha de la singularidad de cada persona podamos descubrir por qué el término «salud» se deriva del latín *salutis*, que significaba salvación. Tal vez en la escucha singular del sujeto podamos vislumbrar que la salud mental puede concebirse como una forma de compromiso con la vida que cada uno realiza a su modo. Tal vez si en lugar de abrumar con



metáforas y juicios morales a aquellos que sufren, si en lugar de evaluar su éxito o fracaso a partir del provecho que pueden conseguir explotándose a sí mismos; si en lugar de concebir la salud mental como una prerrogativa de personas exitosas; si en lugar de promover imperativos de rendimiento y demandas irrealizables; si en lugar de pretender silenciar nuestra mente parlanchina nos permitiéramos correr el riesgo de escuchar a los sujetos, de abrirnos a la comprensión de su malestar, llegaríamos a ese punto en que salud y salvación se conectan —sin sustituirse—, a ese punto en el que, como escribió Hölderlin, «donde está el peligro, crece lo que salva».

REFERENCIAS

- ALEMÁN, J. (2018). *Capitalismo: crimen perfecto o emancipación*. Barcelona: NED Ediciones.
- ARISTÓTELES. (1999). *Poética*. Madrid: Gredos.
- BRAUNSTEIN, N. (2006). *El goce, un concepto lacaniano*. México: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Argentina: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- (2015). *Historia de la locura en la época clásica* (tomo I y II). México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- FRIEDRICH, E. (2014). *War against war*. London: Spokesman Books.
- HAIDT, J. (2024). *The anxious generation: How the great rewiring of childhood is causing an epidemic of mental illness*. New York: Penguin Press.
- HAN, B.-C. (2010). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- ILLOUZ, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*. London: Polity Press.
- (2008). *Saving modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. USA: University of California Press.
- JONES, E., & WESSELEY, S. (2005). *Shell shock to PTSD: Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*. London: Routledge.
- MCGOWANN, T. (2004). *The end of dissatisfaction: Jacques Lacan and the emerging society of enjoyment*. New York: State University Press.
- MOSSER, B. (2019). *Sontag: Her life and work*. New York: Harper Collins.
- RODIA, S. (2022). *L'apathie hyperactive: L'économie psychique du néolibéralisme*. Paris: Éditions des Crépuscules.
- ROSE, N. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- SHORTER, E. (1998). *The invention of mental illness: A history of psychiatry from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: Wiley.
- SMAIL, D. (1993). *The origins of unhappiness: A new understanding of personal distress*. London: Routledge.
- SMITH, M. (2012). *Hyperactive: The controversial history of ADHD*. London: Reaktion Books.



- SONTAG, S. (2008). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Penguin Random House.
- SZASZ, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- TOLLE, E. (2015). *El poder del ahora*. Barcelona: Grijalbo.
- VAN DER KOLM, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.
- WEBER, M. (2019). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).





NEURODIVERSIDAD O LA DIMENSIÓN POLÍTICA DE LO MENTAL

VÍCTOR FERNÁNDEZ-CASTRO

Departamento de Filosofía 1, Universidad de Granada

ORCID: 0000-0001-7627-5738

MIGUEL NÚÑEZ DE PRADO GORDILLO

Departamento de Filosofía, Universidad de Rijeka

ORCID: 0000-0001-5680-935X

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, hemos sido testigos del creciente interés dentro de la tradición analítica en filosofía por fenómenos políticamente significativos. Desde áreas como la epistemología, la filosofía del lenguaje y la metafísica se ha llamado la atención sobre el hecho de que las idealizaciones propias de estas áreas han opacado aspectos relevantes de dichos fenómenos; idealizaciones que, en muchos casos, nos llevan a opacar también diversos tipos de injusticias a las que están expuestas personas pertenecientes a grupos marginalizados (Hänel & Müller 2022, Keiser 2022, Maitra & McWeeny 2022, McKenna 2023, Srinivasan 2020). Además de llamar la atención sobre estas idealizaciones perniciosas, desde esta corriente se han desarrollado diferentes herramientas teóricas para iluminar dichos casos de injusticia. Un ejemplo paradigmático es la obra de Miranda Fricker (2007), donde se desarrollan conceptos como el de *injusticia epistémica*, *injusticia testimonial* o *injusticia hermenéutica* para dar cuenta de los fenómenos por los cuales algunas personas son despojadas de su credibilidad, su capacidad para dar testimonio, o de interpretar sus propias experiencias precisamente por la identidad del grupo al que pertenecen. Más recientemente, Jessica Keiser (2023) ha llamado la atención sobre el hecho de que la idealización en filosofía del lenguaje lleva a concebir el lenguaje como una herramienta para coordinar intercambios comunicativos entre agentes cooperativos, perdiendo así de vista las funciones excluyentes del lenguaje. Fenómenos como los epítetos raciales (Difranco, 2014; Moreno & Pérez-Navarro, 2021) o las injusticias del habla (Ayala, 2014; Kukla 2014; véase Almagro-Holgado & Moreno-Zurita, 2022) invitan a repensar la función del lenguaje, con consecuencias de largo alcance para la filosofía del lenguaje y las teorías del significado.



El trabajo de Fricker y Keiser está lejos de ser el único ejemplo de esta preocupación por la esfera política en discusiones filosóficas sobre el lenguaje, el conocimiento o la mente. Los análisis sobre el silenciamiento y la función perjudicial de la pornografía (Langton 1993); el uso de propaganda por parte del neofascismo (Stanley 2016); el efecto pernicioso de estructuras misóginas o racistas sobre la capacidad de las personas para ejercer su agencia (Stoljar 2024); o la relación entre el desacuerdo y la polarización (Almagro & Villanueva 2022), entre otros, han dado como resultado herramientas conceptuales hoy centrales en la filosofía analítica contemporánea, como los de injusticia y *opresión epistémica*, *injusticia discursiva*, *sesgo implícito*, *polarización*, etc. (véase Bordonaba & Villanueva 2018, Brownstein & Saul 2016, Kidd et al 2017).

Como cualquier movimiento filosófico novedoso, este «giro político» en la filosofía analítica (Bordonaba-Plou et al., 2022) plantea diferentes preguntas sobre su naturaleza, origen y alcance. Esto incluye discusiones sobre la capacidad de la dicotomía ideal o no-ideal para abarcar este movimiento, o sobre qué otros aspectos pueden ser relevantes a la hora de catalogar esta corriente, como la capacidad para examinar nuestras propias posiciones filosóficas para fomentar teorías más precisas y socialmente responsables (Almagro-Holgado & Guerra, 2023). Al margen de estas discusiones, parece que uno de los ejes vertebradores de este giro político es atender a la capacidad para detectar e intervenir sobre ciertas injusticias como criterio para evaluar la adecuación de nuestras teorías filosóficas.

Siguiendo este último eje, nuestro principal objetivo será presentar algunas de las proclamas políticas del activismo en salud mental —en particular, del Movimiento por la Neurodiversidad¹— como criterios de evaluación que nos permitan dirimir disputas teóricas sobre la naturaleza de lo mental. En concreto, sostendremos que la concepción *neutral* y *descriptivista* del vocabulario mental puede contribuir a consolidar y reificar sesgos neurotípicos tanto en la psicología *folk* como en la filosofía y ciencia de la mente, dificultando la detección y mitigación de las injusticias epistémicas sufridas por los colectivos neurodivergentes. Contribuir a la corrección de

1. Otros movimientos sociales en el ámbito de la salud mental relevantes para los propósitos de este ensayo son el Movimiento Orgullo Loco, el Movimiento de Supervivientes de la Psiquiatría, o las distintas defensas de la discapacidad mental. Si bien aquí nos centramos en el Movimiento por la Neurodiversidad y su emergente articulación teórica, cabe señalar que este nace con vocación de rescatar e integrar algunas de las principales ideas de estos movimientos, como el rechazo de la patologización por defecto de ciertas formas de locura y divergencia cognitiva, el señalamiento de prácticas psiquiátricas coercitivas, o la defensa de la discapacidad mental como base para la identidad (Graby, 2015; McWade et al., 2015)



dichas injusticias, defenderemos, requiere la adopción de un marco *antidescriptivista*, que enfatiza el carácter evaluativo de las prácticas de interpretación mental.

En la siguiente sección, caracterizamos el Movimiento por la Neurodiversidad y su paradigma teórico asociado. En la sección 3 caracterizamos las injusticias epistémicas sufridas por el colectivo relativas a (1) el reconocimiento de expresiones atípicas de capacidades consideradas centrales para la salud mental y (2) el reconocimiento de la posibilidad de una salud mental en ausencia de dichas capacidades, ejemplificándolas a través de: el rechazo a la concepción de la doble empatía sobre la cognición social neurodivergente y el rechazo de nociones de florecimiento neurodivergente. En la sección 4, apuntamos a un tipo de injusticia epistémica, aún no recogido en la literatura, para caracterizar las dinámicas de subyugación de los recursos conceptuales propios de los colectivos neurodivergentes: la *colonización hermenéutica*. Finalmente, en la sección 5, contrastamos distintas aproximaciones a lo mental en términos de su capacidad para dar cuenta de estas injusticias, defendiendo el antidescriptivismo como concepción no-ideal y más epistémicamente justa de lo mental.

RESISTENCIA NEURODIVERGENTE

Durante décadas, los movimientos por los derechos civiles en el ámbito de la salud mental han cuestionado ciertas idealizaciones sobre lo que implica tener una mente saludable. Junto con otras perspectivas críticas, como los movimientos Orgullo Loco o Supervivientes de la Psiquiatría, el activismo por la neurodiversidad ha puesto el foco de su crítica en las idealizaciones teóricas en torno a la *normalidad cognitiva* que impregnan tanto los discursos tradicionales médicos como los antipsiquiátricos (véase Blume, 1998; Chapman, 2023a; Kapp, 2020; Milton, 2012; Rosqvist et al., 2020; Silberman, 2015; Singer, 1999; Walker, 2021). Estas visiones tradicionales constituyen, desde esta perspectiva, dos caras de un mismo *paradigma de normalidad* (Chapman & Fletcher-Watson, 2026). Este paradigma trata la cognición neurotípica o «normal», como un indicador natural o de algún modo inamovible de funcionamiento cognitivo, respecto al que cualquier desviación genuina es necesariamente indicativa de algún tipo de «déficit». Esta idea sustenta dos tipos de actitudes perniciosas: la *patologización por defecto* de ciertas divergencias cognitivas o sus posibles discapacidades asociadas —i.e., su conceptualización y abordaje en términos de patologías, trastornos, o déficits— y la *normalización por defecto* —i.e., su conceptualización como *meras* desviaciones normales de normas y expectativas sociales. Como veremos más adelante, ambas actitudes, adoptadas de



forma automática y sin consideración de la experiencia en primera persona, contribuyen a la exclusión de los saberes y perspectivas neurodivergentes sobre sus propias mentes.

Frente a esto, el Movimiento por la Neurodiversidad, en línea con otros movimientos identitarios, busca visibilizar la opresión y desventajas que sufren las personas neurodivergentes en virtud de su identidad, desafiando las concepciones dominantes de lo mental y situando las perspectivas neurodivergentes en el centro de la producción de conocimiento. Surgido originalmente del entorno del activismo autista (Botha et al., 2024), el Movimiento por la Neurodiversidad ha ido abriendo su abanico a otras condiciones del desarrollo atípico (e.g., TDAH, dislexia, etc.), así como a una gama cada vez más amplia de desviaciones de los estándares predominantes de «normalidad cognitiva», incluyendo la bipolaridad, la depresión, la esquizofrenia, etc. (véase Chapman, 2019, 2023; Jeppsson, 2023; Rosqvist et al., 2020; Walker, 2021). Esta perspectiva aboga por una repolitización de los arquetipos de «cognición normal», entendiendo estos como productos de normas y dinámicas sociales concretas, y no como estándares naturales o universales. Esto conlleva, a su vez, la resignificación de ciertos estilos cognitivos atípicos o contranormativos, rechazando tanto su caracterización como inherentemente patológicos, como la asunción normalizadora de que, en el fondo, no son más que desviaciones «normales», acomodables dentro del espectro neurotípico.

En este sentido, el Movimiento por la Neurodiversidad rescata también ideas de otros movimientos por los derechos civiles en salud mental, como el Orgullo Loco, que busca revertir la comprensión de la locura como enfermedad a favor de la locura como base de una identidad y cultura propias. Para quienes defienden este movimiento, escuchar voces o tener visiones, estados de sensibilidad aumentada o habilidades para percibir experiencias mundanas como llenas de posibilidades son fenómenos subjetivos únicos, especiales y valiosos, y no deben ser rechazados como meros síntomas de un déficit o disfunción interna (Jeppsson, 2022, Rashed, 2019). De igual modo, el Movimiento por la Neurodiversidad busca resignificar y reevaluar positivamente distintas formas de cognición atípica, como el *hiperfoco atencional* en el caso de la cognición autista y TDAH (Russell et al., 2019; Hupfeld et al., 2022).

A su vez, en línea con el modelo social de la discapacidad (Chapman, 2019, 2020), el Movimiento por la Neurodiversidad mantiene el énfasis en el carácter discapacitante de ciertas divergencias, si bien señalando el papel central de las estructuras sociales. Desde esta perspectiva, una parte fundamental del sufrimiento y el malestar asociado con condiciones como el autismo, el TDAH, y otras formas de divergencia cognitiva no es intrínseca



a las condiciones, sino una consecuencia del *desajuste* entre las divergencias cognitivas y las estructuras sociomateriales en las que están inmersas; estructuras capacitistas y diseñadas con base en cánones de funcionamiento cognitivo neuronormativo, lo que dificulta la capacidad de las personas neurodivergentes para prosperar y vivir una buena vida (Chapman & Carel, 2022).

Finalmente, cabe destacar que el Movimiento por la Neurodiversidad, o al menos algunas de sus principales lecturas (Chapman, 2019, 2023; Walker, 2021), no rechazan la patologización *per se*, sino la adopción de actitudes patologizantes *por defecto*. En este sentido, el concepto de *neurodivergente* fue originalmente acuñado con un espíritu decididamente inclusivo, pretendiendo abarcar todas las divergencias cognitivas, incluyendo las discapacitantes y no discapacitantes, así como las patológicas y no patológicas (Asasumasu, 2000, en Walker, 2021). En otras palabras: el concepto de *trastorno mental* no se trata, desde esta perspectiva, como antitético al de *neurodivergente*, sino como una subespecie de divergencia cognitiva.

En el ámbito académico, el activismo neurodivergente busca integrar las diversas proclamas del movimiento en lo que se ha llamado el *paradigma de la neurodiversidad*. Nick Walker, activista y teórica de la neurodiversidad, define este paradigma en términos de los siguientes principios fundamentales:

1. La neurodiversidad —la diversidad entre las mentes— es una forma natural, saludable y valiosa de diversidad humana.
2. No existe un estilo «normal» o «correcto» de mente humana, al igual que no existe una etnia, género o cultura «normal» o «correcta».
3. Las dinámicas sociales que se manifiestan en relación con la neurodiversidad son similares a las dinámicas sociales que se manifiestan en relación con otras formas de diversidad humana (por ejemplo, la diversidad de raza, cultura, género u orientación sexual). Estas dinámicas incluyen las dinámicas propias de las relaciones sociales de poder —las dinámicas de la desigualdad social, el privilegio y la opresión—, así como las dinámicas por las que la diversidad, cuando se acepta, actúa como fuente de potencial creativo dentro de un grupo o sociedad. (Walker, 2021: 46)².

El paradigma de la neurodiversidad, por tanto, supone una ramificación del activismo en el ámbito de la producción teórica, que busca situar las perspectivas neurodivergentes en el centro de la producción de conocimiento. En este sentido, el movimiento está estrechamente relacionado con las aproximaciones del punto de vista a la epistemología (*standpoint*

2. Esta cita y el resto que aparecen en el capítulo están traducidas por los autores.



epistemology), que consideran la producción de conocimiento como una práctica socialmente situada, dependiente de las dinámicas sociales en las que se encuentra inmersa, y por tanto inalienable de las perspectivas e historias sociales de quienes producen conocimiento (Chapman, 2023; Dwyer, 2022, Walker, 2021). El objetivo de este paradigma es proveer una nueva forma de estructurar la investigación sobre las neurodivergencias, de manera que favorezca el escrutinio de asunciones implícitas que sesgan de forma sistemática la interpretación de resultados en ciencia cognitiva.

Este paradigma cuenta tanto con apoyo empírico como filosófico. En términos de su aval empírico, el paradigma se apoya en estudios sobre sesgos metodológicos habituales en el análisis de diferencias cognitivas, así como en estudios que ponen de relieve características positivas del funcionamiento cognitivo atípico. Por ejemplo, un estudio de revisión encontró que, dentro del paradigma psiquiátrico dominante actual, las meras diferencias de tamaño cerebral entre personas autistas y controles neurotípicos a menudo se interpretan automáticamente como apuntando a algún déficit en las personas autistas (Motttron, 2011). Por otro lado, diversos estilos cognitivos atípicos han sido asociados con una variedad de beneficios tanto a nivel individual como social, incluyendo las capacidades de hipersistematización (Baron-Cohen, 2006; Greenberg et al., 2018), la hiperatención a los detalles (Fitch et al., 2015), el hiperfoco o la intensa capacidad de concentración (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Murray et al., 2005), la mayor eficacia comunicativa entre iguales (Crompton et al., 2020), o el dinamismo cognitivo y el pensamiento divergente (Sedgwick et al., 2019). El valor adaptativo de algunas de estas diferencias ha sido también destacado desde aproximaciones evolutivas; por ejemplo, Swanepoel et al. (2017, ver también Jaarsma & Welin, 2012), han argumentado que los rasgos del TDAH probablemente evolucionaron en entornos humanos tempranos que recompensaban la exploración, la búsqueda de novedades y el movimiento, como en comunidades nómadas y migratorias.

En filosofía, un número creciente de voces señalan la necesidad de acomodar y desarrollar teóricamente las principales propuestas de los colectivos neurodivergentes, como la posibilidad de una diversidad cognitiva funcional y/o constitutiva de una noción de florecimiento alternativa; la posibilidad de que incluso formas de divergencia cognitiva radical como la psicosis no sean necesariamente patológicas; o la idea de que el sufrimiento psíquico no es necesariamente intrínseco a estas condiciones, sino más bien debido al efecto colateral del estigma y otras condiciones políticas y sociales (véase Chapman 2021, 2023a; Jeppsson, 2022, 2024). En la filosofía de la psiquiatría, diversas autoras han enfatizado el carácter innovador de las aportaciones locas y neurodivergentes al debate sobre el



llamado «problema de la demarcación» entre la psicopatología y la mera desviación de normas sociales, tradicionalmente marcado por una profunda dicotomía entre quienes defienden la posibilidad de demarcar una y otra en términos puramente objetivos y quienes rechazan la posibilidad misma de trazar límite alguno (véase Ballesteros, 2019; Núñez de Prado-Gordillo, 2024; Rashed, 2021). Como se apuntó más arriba, las perspectivas neurodivergentes ponen de relieve el papel crucial de las normas y dinámicas sociales en la conceptualización de ciertos rasgos mentales como patológicos, pero sin dejar de subrayar la importancia de mantener la distinción entre formas patológicas y no patológicas de divergencia cognitiva. Finalmente, también son destacables las aportaciones neurodivergentes a áreas más amplias de la filosofía, como la epistemología o la filosofía de la mente. De nuevo, el foco aquí está cómo las estructuras sociales *sanistas* y *capacitistas* pueden afectar sistemáticamente a la producción de conocimiento, limitando el abanico de posibilidades conceptuales habitualmente consideradas concebibles en filosofía; en este sentido, autores y autoras neurodivergentes han cuestionado las respuestas antiescéticas tradicionales a la posibilidad de la duda radical (Jeppsson, 2023; Kusters, 2020), los límites de la inteligibilidad en la interpretación intencional (Jeppsson, 2022, 2024) o la conceptualización individualista habitual de la noción de función mental (Chapman, 2021).

En resumen, tanto el Movimiento por la Neurodiversidad como el paradigma teórico asociado buscan resistir y poner el foco en ciertas formas de opresión e injusticias que reciben las comunidades neurodivergentes debido a la patologización/normalización por defecto de sus condiciones psicológicas o estilos cognitivos. Como otros movimientos identitarios como el feminismo, la lucha anti-racista o la lucha LGBTQ+, sus proclamas políticas buscan un cambio profundo a nivel social que ayude a reconocer el tipo de trato injusto sistemático que reciben en virtud de su identidad; además, estos movimientos buscan un cambio estructural de largo alcance en relación a las instituciones científicas y de salud mental.

DOBLE EMPATÍA Y FLORECIMIENTO AUTISTA: NEURODIVERGENCIA E INJUSTICIA EPISTÉMICA

El paradigma de la neurodiversidad supone desafíos importantes para diversas cuestiones filosóficas, que van desde cómo concebir una filosofía de la mente capaz de acomodar la idea de diversidad cognitiva a cuestiones epistemológicas sobre el rol de la experiencia en primera persona en la investigación científica en salud mental. Sin embargo, en este capítulo nos centramos en la cuestión de las injusticias epistémicas y similares que las



personas neurodivergentes sufren en contextos de producción de conocimiento en salud mental.

En las últimas décadas, la noción de injusticia ha cobrado un rol central en epistemología social gracias a la obra seminal de Miranda Fricker (2007) *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. En esta obra, Fricker analiza cómo ciertas personas pueden ser víctimas de injusticias en tanto que agentes epistémicos debido a su identidad (e.g., cultura, género, orientación sexual, acento, etnicidad, estatus económico, clase, etc.); es decir, ciertas características de nuestras prácticas de atribución e intercambio de conocimiento sistemáticamente socavan y distorsionan la manera en que asignamos credibilidad a ciertas agentes o el modo en que estas pueden producir o interpretar cierta información. Estos efectos de socavamiento y distorsión potencian una variedad de tratos injustos hacia quienes pertenecen a grupos oprimidos, lo que, en última instancia, lleva al silenciamiento de numerosas voces en virtud de su identidad social.

En la obra de Fricker, dos conceptos son centrales para analizar esta nueva dimensión política de la epistemología. El primero es el concepto de *injusticia testimonial*, el cual hace referencia a los casos donde el testimonio de una persona recibe menos credibilidad por su pertenencia a un grupo marginalizado. El segundo es el concepto de *injusticia hermenéutica*, que recoge los casos donde una persona no puede hacer uso de cierto acervo conceptual para poder interpretar sus propias experiencias debido a que los recursos hermenéuticos disponibles están sesgados para recoger las experiencias de los privilegiados y no las de los oprimidos.

El aparato conceptual de Fricker ha sido ampliamente extendido, discutido y criticado en varias direcciones (Kidd et al., 2017). Por poner algunos ejemplos, autoras como Ayala (2016) o Kukla (2014) han argumentado que las injusticias testimoniales son solo una instancia de un fenómeno más amplio: la *injusticia discursiva*. Esta se refiere a la incapacidad de las personas pertenecientes a grupos oprimidos para realizar con éxito ciertos actos de habla, debido a que la audiencia las sitúa sistemáticamente en un nodo de la estructura social que socava su capacidad para llevar a cabo dichos actos. Cuando una mujer intenta afirmar que su jefe la está acosando, pero su aserción es interpretada únicamente como una expresión de incomodidad atribuida a una actitud supuestamente coqueta e inofensiva por parte de él; o cuando una jefa intenta dar órdenes que son sistemáticamente percibidas como meras peticiones por sus empleados, nos encontramos ante casos paradigmáticos de injusticia discursiva. Al mismo tiempo, autoras como Dotson (2014) han argumentado que las nociones de injusticia hermenéutica y testimonial no son suficientes para dar cuenta de ciertas formas de injusticia. Generalmente, los grupos marginalizados sí que desarrollan



herramientas conceptuales o epistémicas para interpretar sus propias experiencias o producir conocimiento; sin embargo, sistemáticamente se les excluye de las instituciones y contextos de producción y transmisión de conocimiento, de manera que tiene más sentido capturar estos fenómenos en términos de *injusticia contributiva*. A diferencia de la injusticia testimonial, en la injusticia contributiva no se le otorga menos credibilidad a la víctima, sino que, por razones estructurales, se le niega la oportunidad de participar en discusiones sobre un objetivo epistémico determinado.

En el contexto de la filosofía de la salud mental, diversas voces vienen haciéndose cargo del tipo de injusticias epistémicas que sufren las personas con afecciones mentales, diagnosticadas, o de alguna manera neurodivergentes, y de los efectos perniciosos de las mismas (Carel y Kidd, 2017; Chapman & Carel, 2022; Gagné-Julien, 2022; Kidd et al., 2022; Legault et al., 2024). Por ejemplo, los estereotipos negativos persistentes contra personas psiquiatrizadas suponen, en muchos casos, una atribución sistemática de credibilidad reducida basada en la asunción de que estas personas son emocional y cognitivamente inestables. Esto se extiende a menudo incluso a sus propias experiencias: se presume que quienes reciben ciertos diagnósticos no son fiables ni siquiera para dar testimonio sobre sus propios malestares. Esto conlleva consecuencias terapéuticas perniciosas, como la exclusión de sus perspectivas por parte del personal terapéutico o psiquiátrico, lo que suele traducirse en la imposición de tratamientos no consensuados o en la desconfianza de la persona al sentir que su voz o contexto específico no están siendo considerados.

Para el propósito de este capítulo, nos centraremos en dos casos de injusticia discutidos en el contexto del paradigma de la neurodiversidad: el caso de la doble empatía y el caso del florecimiento autista.

El Caso de la Doble Empatía

Tradicionalmente, el autismo se ha conceptualizado como un déficit interno en el procesamiento cognitivo relacionado con la comprensión de los estados mentales ajenos (Baron-Cohen et al., 1985). Según este enfoque, el autismo se caracteriza por una disfunción en la capacidad denominada «teoría de la mente»: la habilidad para empatizar, percibir el mundo desde perspectivas distintas a la propia e interpretar acciones en términos intencionales. Sin embargo, como argumenta Damian Milton (2012), estas narrativas de déficit reflejan un sesgo neurotípico en los marcos teóricos dominantes sobre la cognición social, lo que deriva en una representación distorsionada de las capacidades sociocognitivas en personas del espectro autista. En primer lugar, muchas personas autistas suelen experimentar



dificultades de socialización únicamente en interacciones con personas alistas (no autistas), mientras que comprenden sin esfuerzo los estados mentales de otras personas autistas. Es más, con el tiempo, muchas desarrollan una comprensión sofisticada de la cognición social alista, producto de estrategias de adaptación necesarias para navegar entornos sociales predominantemente neurotípicos.

Por el contrario, la aparición creciente de comunidades y eventos diseñados por y para personas autistas ha revelado un hallazgo crucial: las personas alistas también experimentan confusión y malestar al interactuar en entornos predominantemente autistas (Heasman & Gillespie, 2018). Milton utiliza este fenómeno para argumentar, frente a las teorías cognitivistas tradicionales, que las dificultades sociocognitivas no surgen de un déficit en el funcionamiento cognitivo «normal», sino que revelan un problema de *doble empatía*; esto es, un desajuste *bidireccional* entre ciertos estilos cognitivos y ciertos entornos sociales. Como señala la filósofa Victoria McGeer: «[Las personas autistas] son ciegas a nuestras mentes [las de las personas alistas], pero también nosotras somos ciegas a las suyas» (2009: 524).

A pesar de esta evidencia, la asunción del déficit sigue siendo el punto de vista estándar. Muchos teóricos se resisten a interpretar el autismo como condición no patológica. Por ejemplo, la psicóloga Utah Frith dice sobre el paradigma de la neurodiversidad que «es una propuesta extraña. Para alguien familiarizado con casos clásicos y otros casos severos de autismo, y que conoce el sufrimiento asociado al autismo, parece perverso» (2008: 38). En una línea similar, Barnbaum argumenta: «Una persona que carece de capacidad empática [vivirá] una vida que no es una buena vida humana, una vida cuyo bienestar se ve comprometido debido a la incapacidad de establecer ciertas conexiones empáticas» (2008: 83).

Este tipo de resistencia a intentar entender el problema de la interpretación mental como una cuestión relacional y bidireccional conlleva varios problemas. El primero es que supone desacreditar por defecto una posible vía de investigación empírica; a saber, aquella que conecta nuestras capacidades para navegar entornos sociales con las estructuras sociales y normas que pueblan el nicho social. Esto además tiene una consecuencia política importante: impide la intervención y reestructuración de nuestro entorno social para facilitar y acomodar a las personas neurodivergentes.

En segundo lugar, y más importante para nuestro propósito aquí, esta resistencia a abandonar la asunción del déficit contribuye al tipo de injusticias epistémicas señaladas anteriormente. Por un lado, esta asunción promueve un cierto tipo de injusticia testimonial y contributiva, en tanto que no se considera el testimonio de las personas autistas respecto a sus propias capacidades sociocognitivas como creíble, o como información relevante



a tener en cuenta en teorías sobre el autismo. Por otro lado, al hacer esto, se promueven ciertos sesgos y prejuicios sobre el autismo que socavan los recursos hermenéuticos de las personas autistas para interpretar sus propias experiencias y comportamientos en términos propios, alternativos al lenguaje del déficit o la disfunción. Las personas autistas que, por diversas razones, no puedan acceder a contra-narrativas neurodivergentes —y por tanto, a un aparato conceptual que les permita entender sus experiencias en términos diferentes— tenderán a percibirse a sí mismas como intrínsecamente discapacitadas o deficitarias en sus habilidades sociocognitivas. En este sentido, son víctimas de dinámicas que desplazan recursos conceptuales y hermenéuticos neurodivergentes, obligándoles a interpretar sus experiencias y acciones en términos neurotípicos.

El Caso del Florecimiento Autista

El autismo es comúnmente concebido como una discapacidad en tanto que supone una serie de limitaciones para el desempeño de ciertas habilidades y competencias. Esta concepción es de hecho asumida por el mismo Movimiento por la Neurodiversidad, que apunta a cómo muchas de estas limitaciones son a menudo resultado tanto del propio estilo cognitivo autista como del diseño poco inclusivo de muchos entornos sociales. Sin embargo, como pone de manifiesto la cita de Barnbaum (2008) expuesta más arriba, lecturas capacitistas de esta observación van más allá, caracterizando este tipo de limitaciones y dificultades como una traba intrínseca para las posibilidades florecimiento o prosperidad de las personas autistas. En esta misma línea, Carlson sostiene que la discapacidad cognitiva es algo «objetivamente malo, merecedor de nuestra compasión, una tragedia personal para la persona y su familia» (2010: 5). De manera aún más tajante, Martha Nussbaum (2006) argumenta que el tipo de capacidades cognitivas que se necesitan para tener una vida digna son incompatibles con el autismo. Para la filósofa, «la norma de la especie (debidamente evaluada) nos dice cuál es el *indicador de referencia* (*benchmark*) apropiado para determinar si una criatura tiene oportunidades decentes para el florecimiento»; las personas autistas, en este sentido, necesitan hacer «esfuerzos especiales para alcanzar las capacidades fundamentales que forman parte de la norma» (Nussbaum, 2006: 364-369).

El activismo por la discapacidad, por el contrario, rechaza este supuesto vínculo necesario entre la discapacidad y la merma en las posibilidades de florecimiento (Chapman & Carel, 2022; Pellicano & Heyworth, 2023). Como lo expresa Harriet McBryde Johnson, activista por los derechos de las personas con discapacidad (2003: s/p.): «¿Estamos “peor”? No lo creo.



Asumimos limitaciones que nadie elegiría y construimos vidas ricas y satisfactorias dentro de ellas. Disfrutamos de los placeres que otros disfrutaban y de los placeres que nos son propios». De igual modo, numerosas voces en el activismo neurodivergente, tanto dentro como fuera de la academia, han puesto de relieve la posibilidad de vivir una buena vida definida en términos autistas (véase Chapman y Carel, 2022; véase también Pukki et al., 2022). Por ejemplo, Naoki Higashida, persona autista no verbal y clasificada como un caso de «autismo severo» desde un encuadre médico, afirma que: «Funcionar en nuestra sociedad es difícil para las personas neuroatípicas, pero encontrar dificultades no es lo mismo que ser infeliz» (2017: 261). De forma similar, Jim Sinclair, voz temprana en el activismo autista, apunta: «En algunos sentidos, estoy terriblemente mal equipade para sobrevivir en este mundo [...]. Pero mi estatus como persona está intacto. Mi identidad no está dañada. Encuentro un gran valor y sentido en mi vida, y no deseo que me curen de ser yo mismx³» (1992: 302). Estas y otras expresiones similares suponen un rechazo frontal a la idea de que el autismo sea una traba intrínseca para vivir una vida digna; la imposibilidad de concebir siquiera una vida feliz y autista al mismo tiempo es, desde este punto de vista, una mera expresión más del profundo arraigamiento del paradigma de la patología.

De nuevo, la asunción de que el autismo merma de alguna manera las posibilidades de florecimiento supone una serie de injusticias epistémicas. En primer lugar, desoír las perspectivas neurodivergentes sobre lo que constituye una vida bien vivida supone una forma de silenciamiento e injusticia testimonial; incluso en un ámbito tan personal como el de las distintas concepciones de lo que constituye una buena vida, las personas autistas sufren un déficit de credibilidad sistemático, que pone en duda su capacidad para pensar por sí mismas el tipo de vida que desean vivir. Esto supone además una injusticia contributiva que daña a las víctimas en varios sentidos: no sólo porque dificulta sus contribuciones a discusiones generales sobre el florecimiento, así como a debates más concretos sobre los objetivos y prioridades que la investigación científica sobre el bienestar de las personas autistas debería marcarse (véase Pukki et al., 2022); además, las priva de la confianza necesaria para ser agentes activos en la producción de conocimiento al respecto (Almagro-Holgado et al., 2021). Por último, estas formas de injusticia se nutren de, y al mismo tiempo contribuyen a perpetuar, formas de injusticia hermenéutica: al impedir el acceso a o desarrollo de recursos conceptuales necesarios para articular nociones de progreso vital

3. Dado que Jim Sinclair emplea los pronombres *xe/xyr/xem*, decidimos traducir «myself» por «yo mismx»



y florecimiento en términos propiamente autistas, gran parte del colectivo se ve limitado en su capacidad de pensar una buena vida fuera de los términos y conceptos neurotípicos ejemplificados por posiciones como la de Nussbaum.

COLONIZACIÓN HERMENÉUTICA EN EL ÁMBITO DE LO MENTAL

Los dos casos presentados involucran, como hemos defendido, dos ejemplos donde se cruzan tres tipos de injusticia epistémica: hermenéutica, testimonial y contributiva. En esta sección, sin embargo, queremos apuntar a una serie de dinámicas a la base de estos y otros tipos de injusticias en los casos de neurodivergencia, y que tienen que ver con cómo operan ciertas asunciones sobre cómo debe ser una mente. Estas dinámicas, pensamos, pueden caracterizarse en términos de lo que Virginia Ballesteros y Pablo Moreno-Romero han denominado (en conversación) *colonización hermenéutica*⁴: la subyugación que sufren los colectivos marginalizados cuando se les impone o intenta imponer recursos conceptuales y hermenéuticos que dificultan la interpretación de sus experiencias o acciones en sus propios términos, o que distorsionan dicha labor interpretativa (ver también Picazo Jaque & Delgado, 2026⁵).

Para entender el contraste entre la colonización hermenéutica y el concepto clásico de injusticia hermenéutica, debemos atender a dos modos diferentes en los que puede existir una falla interpretativa. En primer lugar, desde el concepto clásico de Fricker, una injusticia hermenéutica se produce cuando la víctima encuentra una laguna conceptual al articular cierta experiencia: carece de los recursos conceptuales necesarios para comprenderla

4. Reproducimos aquí el concepto con autorización de quienes lo acuñaron; sin embargo, cualquier error en la exposición o desviación de su idea original es responsabilidad nuestra.

5. Delgado y Picazo (2026) argumentan que existen casos donde una autoridad o grupo favorecido promueve ciertos «conceptos impostores» que obstruyen la creación de conceptos más adecuados por parte de los colectivos marginalizados para entender ciertos fenómenos o sus propias experiencias, de manera que además promueven decisiones prácticas que dañan a los grupos marginalizados (p. ej. el uso del concepto *flirtear* para referirse a casos de acoso sexual). Para estas autoras, este tipo de injusticia epistémica no se produce debido a un vacío o laguna conceptual (como en el caso de la injusticia hermenéutica, tal como la define Fricker), sino que más bien produce una *subyugación hermenéutica*, al forzar a estos grupos marginalizados a conceptualizar el fenómeno bajo un prisma injusto y dañino. Para nuestro propósito, tomamos el término subyugación hermenéutica y colonización hermenéutica como equivalentes, aunque nuestro objeto de análisis está más centrado en la fuerza subyugadora de narrativas y expectativas ligadas a atribuciones que en conceptos impostores.



en términos propios, ajenos al marco hermenéutico hegemónico, generalmente distorsionado por la perspectiva de los grupos privilegiados. Esta fue la situación en la que se encontraban muchas personas autistas antes del surgimiento del activismo autista, cuando la falta de recursos conceptuales propios impedía una conceptualización de sus propias mentes ajena a la perspectiva del déficit. Sin espacios seguros para aprender nuevos conceptos y explorar narrativas alternativas, una persona en esta situación tenderá a concebirse a sí misma, por ejemplo, como intrínsecamente incapaz de sociabilidad e impedida para el florecimiento.

Hoy día, sin embargo, existe gracias a la proliferación de redes comunitarias neurodivergentes un acervo de conceptos y narrativas que permiten interpretar la cognición neurodivergente desde una perspectiva alternativa; no hay, en este sentido, un vacío o laguna conceptual. Sin embargo, las personas neurodivergentes siguen estando expuestas a una fricción constante con el acervo conceptual dominante, lo que conlleva una limitación sistemática a la hora de desplegar su comportamiento y experiencia de manera acorde a sus propios conceptos, desarrollar los valores y preferencias adquiridas mediante la reflexión habilitada por el nuevo acervo conceptual y, en última instancia, resistir la imposición de los conceptos propios del paradigma de la patología. Un ejemplo de este tipo de fricción se encuentra en cómo una persona con TDAH, perfectamente consciente de su condición, se ve obligada en muchos contextos a redoblar esfuerzos para explicar que su condición no implica una carencia de atención, sino más bien una atención selectiva que se enfoca en aspectos diferentes a los de la población neurotípica. Otro caso frecuente es la queja constante de muchos autistas ante las reacciones que reciben al hacer explícita su condición, como: «tú no eres autista, eres demasiado sociable» o «tú no eres autista, puedes hablar y trabajar sin problema». Esta fricción, entendemos, no es más que un intento —consciente o inconsciente— por parte de la población neurotípica de imponer sus cánones sobre lo que se considera una criatura mentalmente sana o capacitada; es, en última instancia, una forma de mantener lo que Robert Chapman (2023) denomina el “Imperio de la Normalidad”⁶.

6. La posición de Fricker (2007) respecto a la injusticia hermenéutica parece bascular entre la idea de que los grupos oprimidos carecen de recursos conceptuales para interpretar sus propias experiencias y la idea de que se ven forzados a usar los recursos de la clase dominante. Aunque tenemos dudas de que la primera opción se dé con frecuencia, pensamos que todavía se puede diferenciar entre casos correspondientes a la segunda interpretación de la noción de injusticia hermenéutica y casos donde los recursos conceptuales y hermenéuticos del grupo oprimido son activa y sistemáticamente desplazados por el acervo conceptual dominante. En cualquier caso, la noción de colonización hermenéutica apunta principalmente a las dinámicas subyugantes mediante las cuales los recursos conceptuales y hermenéuticos de



Si la noción de colonización hermenéutica es razonablemente diferente de la de injusticia hermenéutica, esto se debe a que apunta a la fuerza *normativa* que ejercen las asunciones hegemónicas sobre la normalidad o las distintas divergencias cognitivas a la hora de interpretar un determinado perfil cognitivo. Estas asunciones configuran una serie de estereotipos respecto a lo que es ser, por ejemplo, autista, TDAH, o «normal», que a su vez generan una serie de expectativas respecto a qué conductas y experiencias se perciben como adecuadas o propias de distintos perfiles cognitivos. Esto lleva a que las personas neurodivergentes estén sistemáticamente expuestas a la necesidad de resistir, renegociar o desactivar dichas expectativas (por ejemplo, dando razones de por qué ciertas conductas o experiencias no son necesariamente propias de su perfil cognitivo, de por qué su condición no necesariamente involucra un déficit, etc.); o, si no tuviera modo de hacerlo, verse forzadas a interpretar su experiencia bajo los estereotipos dominantes. En ese sentido, interpretar la propia neurodivergencia fuera de la narrativa del déficit supone resistir la imposición de ciertos cánones de mentalidad. Esta resistencia es la resistencia a lidiar con las razones que se suelen pedir para justificar las desviaciones con respecto a estereotipos hegemónicos sobre distintos perfiles cognitivos; la negación de la condición e identidad de personas neurodivergentes; la codificación de sus conductas como transgresiones o agravios; y, en definitiva, cualquier tipo de estrategia de regulación que se les impone cuando su comportamiento, proclamas o nuestras experiencias se perciben como contra-normativas —esto es, como violando las expectativas de lo que se considera «normal» o «propio» de cierto perfil cognitivo bajo el prisma dominante—.

Si nuestra caracterización del fenómeno de la colonización hermenéutica tiene sentido, la existencia de este tipo de casos apunta a la idea de que la concepción de lo mental en general, y de la normalidad, lo patológico o lo disfuncional en particular, no constituye una *descripción neutral* de los estados, habilidades y facultades mentales, ni de las experiencias o el comportamiento de una persona. Por el contrario, estos casos ponen de manifiesto que interpretar la conducta o experiencia en términos mentales involucra siempre una *perspectiva evaluativa*; es decir, la expresión de un *compromiso* con cierto marco regulativo de asunciones respecto a qué tendencias conductuales son adecuadas o propias de un determinado perfil cognitivo, y cómo debería alguien reaccionar ante conductas inesperadas

los grupos marginalizados se ven sistemáticamente desplazados, además de los casos donde personas sin acceso a los recursos propios de las clases oprimidas se ven forzadas a adquirir los recursos dominantes (e.g., conceptos impostores, ver nota 3).



bajo dicho marco. En este sentido, cabe preguntarse sobre la neutralidad de la teorización filosófica y científica sobre lo mental.

NORMALIDAD Y NEUTRALIDAD EN LA CIENCIA Y LA FILOSOFÍA DE LA MENTE

En la sección anterior, hemos caracterizado la colonización hermenéutica sufrida por los colectivos neurodivergentes en términos de dinámicas de fricción interpretativa que los fuerzan a explicar reiteradamente su concepción alternativa de sus propias mentes, así como a justificar sus desviaciones de concepciones hegemónicas respecto a lo que es una mente «normal», o respecto a lo que cabe esperar de sus propias divergencias cognitivas. Asumiendo esta caracterización de las injusticias epistémicas sufridas por el colectivo neurodivergente, cabe ahora preguntarse: ¿qué concepción de lo mental está en mejor posición para dar cuenta de las mismas?

Si bien existen múltiples marcos teóricos en la filosofía de la mente y las ciencias cognitivas, muchos de ellos comparten una asunción central, relativa a su supuesto carácter neutral. De acuerdo con esta asunción de neutralidad, las teorías científicas y filosóficas meramente establecen —o aspiran a establecer— cómo *de hecho* es la mente, al margen de ninguna perspectiva concreta al respecto. Desde nuestro punto de vista, esta asunción de neutralidad es característica de una concepción particular de la función del vocabulario mental que, implícita o explícitamente, subyace a múltiples aproximaciones teóricas: el *descriptivismo mental*, o la idea de que el vocabulario mental sirve, fundamentalmente, para describir o representar hechos del mundo o establecer postulados teóricos sobre las entidades o propiedades que lo conforman —sean estos hechos psicológicos, conductuales, neurales, o de otro tipo—.

Sin embargo, los casos de colonización hermenéutica discutidos en la sección anterior nos invitan a cuestionar esta supuesta neutralidad de la teorización filosófica y científica sobre lo mental. Cuando las personas neurodivergentes se resisten a las narrativas hegemónicas respecto a sus propias mentes, lo que están resistiendo no son, principalmente, los hechos que descubren las ciencias cognitivas (e.g., las diferencias de tamaño cerebral, o las distintas disposiciones de diferentes perfiles cognitivos), sino la interpretación *evaluativa* de los mismos, es decir, su interpretación en términos de corrección o adecuación a ciertos cánones de mentalidad. Y esto es precisamente lo que hace que la imposición de esta perspectiva hegemónica constituya genuinamente una *injusticia*: si la fricción sistemática a la que están sometidas las personas neurodivergentes nos parece injusta, es precisamente porque reconocemos en la imposición del marco conceptual hegemónico no una mera constatación de los hechos científicos, sino la imposición de



una perspectiva particular sobre lo que es y debe ser considerado una criatura propiamente mental o mentalmente saludable.

Desde nuestra perspectiva, acomodar la idea de que esta fricción interpretativa constante es una forma de injusticia requiere adoptar una concepción *antidescriptivista*, evaluativa y regulativa de lo mental. Esta aproximación rechaza que las concepciones de lo mental en general, así como la concepción neurotípica en particular, sean descriptivas o neutras. Es decir, cuando interpretamos el perfil mental de una persona en términos de ciertas facultades o estados mentales, no estamos describiendo su comportamiento o los supuestos estados psicológicos o neurales que lo expliquen causalmente; lo que hacemos es evaluarlo bajo ciertos estándares y expectativas asociadas a las atribuciones de dichos estados mentales. Estas expectativas no son de tipo descriptivo (como las asociadas a predicciones científicas), sino normativo (Greenspan, 1978; Paprzycka, 1998). Esto se hace evidente en que, cuando una persona viola nuestras expectativas sobre cómo debería comportarse según los estados mentales que se autoatribuye o le atribuimos, nuestra reacción natural no es simplemente ajustarlas o calibrarlas a la luz de la nueva evidencia (como haríamos con una hipótesis científica), sino intentar *regular* su conducta para que se alinee con ellas. Precisamente por eso, el comportamiento y la experiencia neurodivergente son a menudo codificados como una *transgresión*, y no como un mero error predictivo.

Si estamos en lo cierto, esto apunta a una visión de lo mental con una larga trayectoria en filosofía, que puede rastrearse en autores como Ryle o Wittgenstein, así como en quienes han desarrollado sus perspectivas sobre la mente. Esta tradición intenta sustituir la concepción del vocabulario mental como representación —como espejo de la naturaleza interior de los sujetos (Rorty, 1979)—por una donde su función principal es evaluar a los demás de acuerdo a diferentes normas sociales y morales. Esta posición ha sido principalmente desarrollada por varias posiciones teóricas contemporáneas como el marco *mindshaping* (moldeado de mentes) en cognición social (McGeer 2007, Zawidzki 2013), el disposicionalismo regulativo (Kalis & Ghijsen 2023, Fernández Castro, 2025) o el expresivismo en filosofía del lenguaje (e.g., Price, 2011). En línea con estas aproximaciones, y en particular con el expresivismo y anti-descriptivismo que se ha venido defendiendo en las últimas décadas en el *Granada Gang* —grupo de investigación basado en la Universidad de Granada, que ha aplicado el marco expresivista a cuestiones como el desacuerdo (Almagro-Holgado & Villanueva 2023, Osorio & Villanueva 2019), la racionalidad (Frápolli & Villanueva 2018) o los predicados de orden superior (Frápolli & Villanueva 2012)—nosotros mismos suscribimos una suerte de *expresivismo mental* (Fernández Castro



2023, 2024; Nuñez de Prado Gordillo 2024; Pérez-Navarro et al. 2019; Pinedo 2014, 2020) que apunta en esta misma dirección.

Una consecuencia natural de sustituir la comprensión descriptivista de las adscripciones de estados mentales por una evaluativa es la idea de que usamos conceptos mentales como herramientas discursivas para asignar responsabilidades, méritos y compromisos. Por tanto, es de esperar que se utilicen en situaciones que requieren justificar o condenar una acción, explicar comportamientos contranormativos, evitar sanciones públicas u otras situaciones que demanden regular y ajustar la conducta de otras personas o la propia (Almagro-Holgado & Fernández-Castro, 2020; Malle, 2011). En esta misma línea, tiene sentido pensar que tanto las atribuciones de normalidad o patología mental como la atribución de rasgos cognitivos asociados a las distintas neurodivergencias expresan una adhesión a ciertos cánones normativos sobre cómo debe comportarse una persona. Estas atribuciones, por tanto, constituyen una forma de ejercer presión normativa, de manera directa o indirecta, sobre quienes las reciben.

En este punto, una cuestión fundamental en la investigación sobre lo mental, sea teórica o empírica, es que, independientemente de su aspiración a cierta neutralidad descriptiva con respecto a su objeto de estudio, las narrativas, imágenes y conceptos de lo mental que promueve probablemente estén reforzando estándares y arquetipos cognitivos sobre lo que *debería* ser la mente (Hacking 1995, 1999; véase también Ballesteros, 2019; Fernández Castro & Núñez de Prado-Gordillo, 2023). Dicho de otra manera: incluso si el objetivo de estas teorías filosóficas o científicas es postular entidades teóricas con fines explicativos y descriptivos, una vez que forman parte del acervo conceptual social, pueden entenderse como ideales regulativos que dictan cómo debería ser una mente sana.

Aquí es donde se pone de manifiesto por qué el descriptivismo mental no es sólo teóricamente problemático para captar el propio fenómeno de la *colonización hermenéutica*, sino que además tiene consecuencias políticas y sociales perniciosas. Cuando las teorías sobre lo mental se presentan como meras descripciones de hechos —naturales, universales o, de alguna manera, *neutrales*— se pierde de vista su carácter intrínsecamente evaluativo y regulativo, dificultando su escrutinio crítico y su posible discusión en términos de su adecuación a los valores e intereses de las distintas partes involucradas. Este halo de neutralidad y universalidad promueve que quienes interpretan sus perfiles cognitivos a la luz de dichas teorías tienden a percibir sus experiencias y comportamientos como naturales e inamovibles, como algo *dado*, con consecuencias sociales y políticas de largo alcance.

En primer lugar, asumir que los arquetipos de funcionamiento cognitivo normal son algo natural, universalmente dado e inamovible promueve



la patologización por defecto: cualquier desviación significativa del arquetipo será percibida como *necesariamente* indicativa de algún tipo de fallo o déficit. Este problema se ejemplifica en diversos estudios que muestran que ciertas campañas de desestigmatización de la enfermedad mental, al promover la idea de que esta es una entidad discreta y ajena a la propia persona, análoga a una enfermedad física de origen biológico, pueden tener efectos negativos en las personas diagnosticadas e incluso dificultar su tratamiento. Esto se debe a que, al percibir su condición como necesariamente indicativa de una disfunción biológica, pueden llegar a verla como algo difícilmente tratable o modificable (Kvalee et al., 2013). Además, este tipo de narrativa, junto con el mayor acceso al vocabulario psiquiátrico y psicológico, podría favorecer una tendencia a despolitizar ciertos malestares normales derivados de condiciones de vida desfavorables, llevando a percibir causas de naturaleza social como problemas individuales, y contribuyendo así a la medicalización indebida de ciertos sufrimientos (Ballesteros, 2018, 2019; Fernández Castro & Núñez de Prado-Gordillo, 2023).

A su vez, la concepción neutral de la producción teórica en la filosofía y las ciencias de la mente refuerza también la estrategia alternativa de normalización por defecto: la idea de que rechazar la narrativa del déficit implica, *necesariamente*, negar que las divergencias cognitivas sean genuinas, perfiles cognitivos realmente distintos de lo comúnmente percibido como normal. Esto se hace evidente en algunas aproximaciones críticas con la psiquiatría biomédica que analizan ciertas etiquetas psiquiátricas como meras herramientas de patologización indebida de experiencias normales, y que sistemáticamente presentan cualquier defensa de la neurodiversidad como resultado del «engaño» de las personas neurodivergentes por parte de la *Big Pharma* —o, peor aún, como una forma encubierta de campaña en su apoyo—. Esta narrativa normalizadora contribuye, de nuevo, al menosprecio de las perspectivas de las personas neurodivergentes sobre sus propias mentes y a su posibilidad de contribución a la producción de conocimiento, perpetuando las injusticias epistémicas arriba mencionadas (Chapman, 2023b).

En definitiva, el descriptivismo mental, al promover una concepción neutral de la producción teórica en la filosofía de la mente y las ciencias cognitivas, no solo dificulta la detección de las injusticias epistémicas sufridas por los colectivos neurodivergentes, sino también su mitigación al perpetuar la dialéctica de la patologización-vs-normalización por defecto de las divergencias cognitivas. Esto socava sistemáticamente los esfuerzos de la población neurodivergente para disputar las interpretaciones hegemónicas de su conducta y disposiciones, ya sea como patológicas o necesariamente sujetas a intervención, o, por el contrario, como simples variaciones dentro



de los límites de la normalidad humana. En otras palabras: la posibilidad de reivindicar la propia divergencia cognitiva como genuinamente divergente y, a su vez, no indicativa de déficit alguno, se vuelve, bajo el prisma descriptivista, ininteligible.

CONCLUSIONES

El objetivo de este capítulo ha sido mostrar cómo el Movimiento por la Neurodiversidad y su paradigma teórico asociado ha puesto sobre la mesa ciertas injusticias y opresiones epistémicas sufridas por las personas neurodivergentes. Estas injusticias son fruto tanto de la patologización por defecto de ciertas condiciones en las narrativas del déficit, como de su normalización por defecto en las narrativas críticas habituales. El resultado de estas es la invisibilización, silenciamiento y desplazamiento sistemático de las voces neurodivergentes a la hora de participar en debates sobre qué puede contar como expresión de capacidades consideradas centrales para la salud mental, o sobre la posibilidad de una salud mental y vida plena en ausencia de dichas capacidades.

Además, hemos argumentado, algunas de estas injusticias vienen promovidas por ciertos ideales normativos que guían nuestra interpretación de lo que es la mente y la salud mental; y, en particular, por la concepción neutral de dichos ideales, característica de las aproximaciones descriptivistas a lo mental. Frente a esta concepción, hemos defendido que el carácter injusto de los procesos de invisibilización de las perspectivas neurodivergentes solo tiene sentido si asumimos que la interpretación mental es, de hecho, una empresa eminentemente normativa y evaluativa. Solo desde este prisma podemos entender las fricciones interpretativas a las que se ven sistemáticamente expuestas las personas neurodivergentes, además de otras dinámicas sociales propias del día a día. Finalmente, una consecuencia central de concebir lo mental en términos evaluativos, que quienes nos dedicamos a la teorización de la mente deberíamos tener en cuenta, es que cualquier teoría sobre lo mental está lejos de ser una descripción neutral sin consecuencias sociales; debemos, por tanto, estar alerta sobre los posibles efectos colaterales perniciosos de nuestra propia teorización.

REFERENCIAS

- ALMAGRO HOLGADO M, NAVARRO LAESPADA L, DE PINEDO GARCÍA, M. (2021). «Is Testimonial Injustice Epistemic? Let Me Count the Ways ». *Hypatia* 36(4):657-675. doi:10.1017/hyp.2021.56
- ALMAGRO, M., & VILLANUEVA, N. (2022). «Desacuerdos profundos: operacionalización relacional del concepto y conexión con el aumento



- de la polarización». *Cuadernos De Filosofía*, (40), 199-224. <https://doi.org/10.29393/CF40-10DPAV20010>
- ALMAGRO, M., & VILLANUEVA, N. (2023). «Disagreeing with experts». *International Journal of Philosophical Studies*, 31 (3): 402-423.
- ARNAUD, S., & GAGNÉ-JULIEN, A.-M. (2023). «The new self-advocacy activism in psychiatry: Toward a scientific turn». *Philosophical Psychology*, 37(8): 2623-2646 . <https://doi.org/10.1080/09515089.2023.2174425>
- ASHINOFF, B. K., & ABU-AKEL, A. (2021). «Hyperfocus: The forgotten frontier of attention ». *Psychological Research*, 85(1): 1-19. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8>
- AYALA, K. (2016). «Speech Affordances: A Structural Take on How Much We Can Do with Our Words». *European Journal of Philosophy*, 24(4): 879-891.
- BALLESTEROS, V. (2018). «¿Tristes o enfermos? De cómo la tristeza intensa se convirtió en patología. En Rodríguez Suárez, L. P. *Patologías de la existencia: enfoques filosófico-antropológicos* (pp. 149-157). Pressas de la Universidad de Zaragoza: 149-157
- (2019). «¿Quines normes? Una aproximació al debat sobre el concepte de malaltia mental». *Quaderns de Filosofia*, 6 (1): 79-118.
- BARNBAUM, D. R. (2008). *The Ethics of Autism: Among Them, But Not of Them*. Bloomington: Indiana University Press.
- BARON-COHEN, S. (2006). «The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism». *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(5): 865-872. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.01.010>
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M., & FRITH, U. (1985). «Does the autistic child have a “theory of mind”? » *Cognition*, 21(1): 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- BLUME, H. (1998, 30 de septiembre). «Neurodiversity». *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1998/09/neurodiversity/305909/>
- BOORSE, C. (1976). «What a Theory of Mental Health should be». *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6(1): 61-84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x>
- BORDONABA PLOU, D., FERNÁNDEZ CASTRO, V., & TORICES VIDAL, J. M. (Eds.). (2022a). *The Political Turn in Analytic Philosophy: Reflections on Social Injustice and Oppression*. De Gruyter.
- (2022b). «Analytic Philosophy as Political Activism». En *The Political Turn in Analytic Philosophy: Reflections on Social Injustice and Oppression* (pp. 13-32). De Gruyter.
- BORDONABA, D., & VILLANUEVA, N. (2018, Septiembre). «Affective Polarization as Impervious Reasoning». *Philosophical Perspectives: The 13th Conference of the Italian Society for Analytic Philosophy*. Italian Society for Analytic Philosophy.
- BOTHA, M., CHAPMAN, R., GIWA ONAIWU, M., KAPP, S. K., STANNARD ASHLEY, A., & WALKER, N. (2024). «The neurodiversity concept was developed



- collectively: An overdue correction on the origins of neurodiversity theory». *Autism*, 28(6): 1591-1594. <https://doi.org/10.1177/13623613241237871>
- BROWNSTEIN, M., & SAUL, J. (Eds.). (2016). *Implicit Bias and Philosophy: Volume 1: Metaphysics and Epistemology*. Oxford University Press.
- CAREL, H., & KIDD, I. J. (2017). «Epistemic Injustice in Medicine and Healthcare». En I. J. Kidd, J. Medina, & G. Pohlhaus Jr. (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Routledge: 336-347
- CARLSON, L. 2010. *The Faces of Intellectual Disability*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- CHAPMAN, R. (2019). «Neurodiversity Theory and Its Discontents: Autism, Schizophrenia, and the Social Model of Disability». *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry*. Bloomsbury.
- (2020). «Neurodiversity, disability, wellbeing». En *Neurodiversity Studies*. Routledge.
- (2021). «Neurodiversity and the Social Ecology of Mental Functions». *Perspectives on Psychological Science*, 16(6): 1360-1372. <https://doi.org/10.1177/174569162095983>
- (2023a). *Empire of Normality*. Pluto Press.
- (2023b). «A Critique of Critical Psychiatry». *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 30(2): 103-119.
- CHAPMAN, R., & CAREL, H. (2022). «Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life». *Journal of Social Philosophy*: 12456. <https://doi.org/10.1111/josp.12456>
- CROMPTON, C. J., ROPAR, D., EVANS-WILLIAMS, C. V., FLYNN, E. G., & FLETCHER-WATSON, S. (2020). «Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective». *Autism*, 24(7): 1704-1712. <https://doi.org/10.1177/1362361320919286>
- DELGADO, L., & PICAZO, C. (2026). «Blocking meaning creation: impostor concepts and hermeneutical injustice». *Synthese*, 207(1), 38
- DWYER, P. (2022). «The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers?» *Human Development*, 66(2): 73-92. <https://doi.org/10.1159/000523723>
- DIFRANCO, R. (2014). «Pejorative Language». *Internet Encyclopedia of Philosophy*.
- DOTSON, K. (2014). «Conceptualizing Epistemic Oppression». *Social Epistemology*, 28(2): 115-138.
- FERNÁNDEZ CASTRO, V. (2023). «Folk Psychology Without Metaphysics: An Expressivist Approach». *South African Journal of Philosophy*, 42 (2): 128-143.
- (2024). «An Expressivist Approach to Folk Psychological Ascriptions». *Philosophical Explorations*, 27(1): 86-105. <https://doi.org/10.1080/13869795.2023.2251491>
- (2025) «Regulative Dispositionalism: Toward a Metaphysics of Mental Disorder». En García-Encinas, M.J. & Martínez-Manrique, F. (ed.) *Special*



- Objects: Social, Fictional, Modal, and Non-Existent*. Springer [en prensa] <https://doi.org/10.1007/978-3-031-82221-6>
- FERNÁNDEZ CASTRO, V., & NÚÑEZ DE PRADO GORDILLO, M. (2023). «Dinámicas Sociales en la Explosión Diagnóstica de la Depresión». *Panorama Social*, 38: 23-37.
- FITCH, R., et al. (2015). «Detail and Gestalt Focus in Individuals with Optimal Outcomes from Autism Spectrum Disorders». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45: 1887-1896.
- FRÁPOLLI, M. J., & VILLANUEVA, N. (2012). «Minimal Expressivism». *Dialectica*, 66(4): 471-487. <https://doi.org/10.1111/1746-8361.12000>
- (2018). «Minimal Expressivism and the Meaning of Practical Rationality». En Hetmanski, M. (ed). *Rationality and Decision Making. From Normative Rules to Heuristics*. Brill: 1-22. https://doi.org/10.1163/97890004359475_002
- FRAZER-CARROL, M. (2023). *Mad World: The Politics of Mental Health*. Pluto Press.
- FRICKER, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- FRITH, U. (2008). *Autism: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- GAGNÉ-JULIEN, A.-M. (2022). «Medicalization, Contributory Injustice, and Mad Studies». *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 32(4): 401-434.
- GARSON, J. (2023). *Madness: A Philosophical Exploration*. Oxford University Press.
- GRABY, S. (2015). «Neurodiversity: Bridging the gap between the disabled people's movement and the mental health system survivors' movement? » En Spandler, H., Anderson, J., Sapey, B. *Madness, Distress and the Politics of Disablement*. Policy Press: 231-244 <https://bristoluniversitypressdigital.com/edcollchap/book/9781447314592/ch016.xml>
- GREENBERG, D. M., WARRIER, V., ALLISON, C., & BARON-COHEN, S. (2018). «Testing the Empathizing-Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people». *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(48): 12152-12157. <https://doi.org/10.1073/pnas.1811032115>
- GREENSPAN, P. S. (1978). «Behavior Control and Freedom of Action». *The Philosophical Review*, 87 (2): 225-240.
- GUERRA, S., & ALMAGRO, M. (2023). «There's a Certain Slant of Light: Three Attitudes Toward the Political Turn in Analytic Philosophy». *Metaphilosophy*, 54 (2-3): 324-340.
- HACKING, I. (1995). «The Looping Effects of Human Kinds». En D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*. Clarendon Press: 351-383
- (1999). *The Social Construction of What?*. Harvard University Press.
- HÄNEL, H. C., & MÜLLER, J. M. (2022). «Non-Ideal Philosophy as Methodology». <https://doi.org/10.3167/th.2022.6917202>



- HEASMAN, B., & GILLESPIE, A. (2018). «Perspective-taking is two-sided: Misunderstandings between people with Asperger's syndrome and their family members». *Autism*, 22(6): 740-750. <https://doi.org/10.1177/1362361317708287>
- HIGASHIDA, N. (2018). *Fall Down Seven Times Get Up Eight*. Sceptre.
- HUPFELD KE, Abagis TR, Osborne JB, Tran QT and Shah P (2022) «Hyperfocus: The ADHD Superpower». *Front. Young Minds*. 10:625433. doi: 10.3389/frym.2021.625433
- JAARSMA, P., & WELIN, S. (2012). «Autism as a Natural Human Variation». *Health Care Analysis*, 20: 20-30.
- JEPPSSON, S. M. (2022). «Solving the Self-Illness Ambiguity». *Philosophical Explorations*, 25 (3): 294-313.
- (2023). «Radical psychotic doubt and epistemology». *Philosophical Psychology*, 36(8): 1482-1506. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2147815>
- (2024). «Allegedly impossible experiences». *Philosophical Psychology*, 38(1): 77-99. <https://doi.org/10.1080/09515089.2024.2310628>
- JOHNSON, H. M. (2003, February 16). «Unspeakable Conversations. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2003/02/16/magazine/unspeakable-conversations.html>
- KALIS, A., & GHIJSEN, H. (2022). «Understanding implicit bias: A case for regulative dispositionalism». *Philosophical Psychology*, 35(8): 1212-1233. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2046261>
- KAPP, S. K. (Ed.). (2020). *Autistic Community and the Neurodiversity Movement: Stories from the Frontline*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-8437-0>
- KEISER, J. (2022). *Non-Ideal Foundations of Language*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003188537>
- KIDD, I. J., MEDINA, J., & POHLHAUS Jr., G. (Eds.). (2017). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Routledge.
- KIDD, I. J., SPENCER, L., & CAREL, H. (2022). «Epistemic injustice in psychiatric research and practice». *Philosophical Psychology*, 38(2): 503-531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>
- KUKLA, R. (2014). «Performative Force, Convention, and Discursive Injustice». *Hypatia*, 29(2): 440-457.
- KUSTERS, A. (2020). *A Philosophy of Madness*. MIT Press.
- KVAALE, E. P., GOTTDIENER, W. H., & HASLAM, N. (2013). «Biogenetic Explanations and Stigma: A Meta-Analytic Review of Associations Among Laypeople». *Social Science & Medicine*, 96: 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017>
- LANGTON, R. (1993). «Speech acts and unspeakable acts». *Philosophy & Public Affairs* 22(4): 293-330.
- LEGAULT, M., CATALA, A., & POIRIER, P. (2024). «Breaking the stigma around autism: Moving away from neuronormativity using epistemic justice and 4E cognition». *Synthese*, 204(3): 84. <https://doi.org/10.1007/s11229-024-04730-9>



- MAITRA, I., & MCWEENY, J. (2022). *Feminist Philosophy of Mind*. Oxford University Press.
- MCGEER, V. (2007). «The Regulative Dimension of Folk Psychology». En D. D. Hutto & M. Ratcliffe (Eds.) *Folk Psychology Re-Assessed*. Springer Netherlands: 137-156. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5558-4_8
- (2009). «The Thought and Talk of Individuals with Autism: Reflections on Ian Hacking». *Metaphilosophy*, 40 (3-4): 517-530. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9973.2009.01601.x>
- McKENNA, R. (2023). *Non-Ideal Epistemology*. Oxford University Press.
- MCWADE, B., MILTON, D., & BERESFORD, P. (2015). «Mad Studies and Neurodiversity: A Dialogue». *Disability & Society* 30 (2): 305-9. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.1000512>.
- MILTON, D. E. (2012). «On the Ontological Status of Autism». *Disability & Society*, 27 (6): 883-887.
- MOTTRON, L. (2011). «The power of autism». *Nature*, 479(7371), Article 7371. <https://doi.org/10.1038/479033a>
- MURRAY, D., LESSER, M., & LAWSON, W. (2005). «Attention, Monotropism, and the Diagnostic Criteria for Autism». *Autism*, 9, 139-156.
- NÚÑEZ DE PRADO-GORDILLO, M. (2024). «Broken wills and ill beliefs: Szaszianism, expressivism, and the doubly value-laden nature of mental disorder». *Synthese*, 203(1), 24. <https://doi.org/10.1007/s11229-023-04427-5>
- NUSSBAUM, M. (2006) *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- OSORIO J, & VILLANUEVA N. (2019) «Expressivism and Crossed Disagreements». *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 86: 111-132. doi:10.1017/S1358246119000092
- PELLICANO, E., & HEYWORTH, M. (2023). «The Foundations of Autistic Flourishing». *Current Psychiatry Reports*, 25(9): 419-427. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01441-9>
- PÉREZ-NAVARRO, E., FERNÁNDEZ CASTRO, V., GONZÁLEZ DE PRADO SALAS, J., & HERAS-ESCRIBANO, M. (2019). «Not Expressivist Enough: Normative Disagreement about Belief Attribution». *Res Philosophica*. <https://doi.org/10.11612/resphil.1794>
- PINEDO, M. (2014). «¿No es un algo, pero tampoco es una nada! Mente y normatividad». *Análisis: Revista de Investigación Filosófica*, 1 (1): 121-160. https://doi.org/10.26754/ojs_arif/a.rif.20141980
- (2020). «Ecological Psychology and Enactivism». *Frontiers in Psychology*, 11: 1-10.
- RASHED, M. A. (2019). *Madness and the Demand for Recognition*. Oxford University Press.
- (2021). «An Approach to the Boundary Problem: Mental Health Activism and the Limits of Recognition». *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 28 (4): 297-313.



- RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton University Press.
- ROSQVIST, H. B., Chown, N., & Stenning, A. (Eds.). (2020). *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429322297>
- RUSSELL, G., KAPP, S. K., ELLIOTT, D., ELPHICK, C., GWERNAN-JONES, R., & OWENS, C. (2019). «Mapping the Autistic Advantage from the Accounts of Adults Diagnosed with Autism: A Qualitative Study». *Autism in adulthood: challenges and management*, 1(2): 124-133. <https://doi.org/10.1089/aut.2018.0035>
- SILBERMAN, S. (2015). *Neurotribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. Avery.
- SINCLAIR, J. (1992). «Bridging the Gaps: An Inside-Out View of Autism (Or, Do You Know What I Don't Know?)». In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *High-Functioning Individuals with Autism*. Springer US: 289-306 https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2456-8_14
- SINGER, J. (1999). «Why Can't You Be Normal for Once in Your Life? From a "Problem with No Name" to the Emergence of a New Category of Difference». En C. Corker & S. French (Eds.), *Disability Discourse*. Open University Press: 59-67.
- SRINIVASAN, A. (2020). «Radical Externalism». *Philosophical Review*, 129 (3): 395-431.
- STANLEY, J. (2015). *How Propaganda Works*. Princeton University Press.
- STOLJAR, N. (2024), «Feminist Perspectives on Autonomy», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2024 Edition), Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/feminism-autonomy/>>.
- SWANEPOEL A, REISS MJ, LAUNER J, MUSIC G, WREN B. (2022). «Evolutionary Perspectives on Neurodevelopmental Disorders». En Abed R, St John-Smith P, (eds). *Evolutionary Psychiatry: Current Perspectives on Evolution and Mental Health*. Cambridge University Press: 228-243.
- THOMAS, P. (2016). «Psycho Politics, Neoliberal Governmentality, and Austerity». *Self & Society*, 44 (4): 382-393.
- WALKER, N. (2021). *Neuroqueer Heresies*. Autonomous Press.
- WILKINSON, S. (2020). «Expressivism About Delusion Attribution». *European Journal of Analytic Philosophy*, 16 (2), 59-77.
- ZAWIDZKI, T. W. (2013). *Mindshaping: A New Framework for Understanding Human Social Cognition*. Bradford Books.



AL ACECHO DE LA SALUD





PROLEGÓMENOS A UNA PROBLEMATIZACIÓN ACERCA DE LA SALUD. PRESUPUESTOS PARA UNA DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN FILOSÓFICA (A PROPÓSITO DE SU CARÁCTER FÁCTICO Y/O AXIOLÓGICO).

FERNANDO GILABERT

Universidad de Sevilla

ORCID: 0000-0002-7503-3654

A la Meiga que vino del frío, no podía ser a otra persona

INTRODUCCIÓN¹

El diccionario define «salud» en su primera acepción como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Los académicos de la RAE consideran que el opuesto antónimo es la enfermedad y que esta acepción principal es sinónimo de vigor, vitalidad, lozanía, bienestar, fortaleza, energía, robustez, sanidad y salubridad. La segunda acepción señala que es la condición física y psíquica en que se encuentra un organismo en un momento determinado, de modo tal que la salud puede hacer referencia a una buena o mala salud, y, aún más, a una condición que afecta al

1. Sirva de advertencia, como una suerte de nota previa necesaria para entender el carácter de este estudio, que lo que aquí se presenta son materiales que buscan asentarse como recursos para investigaciones ulteriores. De ahí que en ocasiones las notas a pie de página supongan un giro en la cuestión tratada, por lo que un lector que no busque una reflexión acerca del asunto tratado, sino la afirmación de lo que ya piensa y defiende, puede interpretarlas como exabruptos impertinentes, agresivos y a destiempo. Lo que se pretende en este y en otros trabajos recientes en torno al tema de la dualidad entre la salud y la enfermedad es establecer una conceptualización desde la que problematizar el sufrimiento directamente relacionado con este binomio y su impacto en la vida cotidiana del ser humano, esto es, en su existencia media, en tanto que implica afrontar episodios de bienestar y malestar. La definición y aceptación de tales materiales supone apuntalar un sistema de pensamiento y de lenguaje que permita afirmar una verdadera investigación fenomenológica y hermenéutica de la salud y la enfermedad, por lo que una ocasión como ésta, de participar en un volumen que debe incidir en la consideración de si la salud es un hecho o es un valor, permite afianzar toda esta trama metodológica. En esta misma línea denominada provisionalmente «recursos desde los que pensar una concepción de la salud», otro estudio puede verse en (Gilbert, 2023a).



organismo temporalmente. Estas dos acepciones denotan a la salud como algo normativo, pero también como algo transitorio. El diccionario también enumera otras acepciones que inciden en la salvación religiosa o social y en la cortesía (RAE, 2014). Si bien es interesante ver los paralelismos con lo religioso y lo político respecto de cómo los estados de bienestar o malestar pueden suponer una redención o una condena, y cómo lo orgánico puede identificarse con motivos teológicos y/ o comunitarios, es necesario, por el momento y siempre de manera provisoria, despojar la cuestión de la salud de estos factores a fin de exponer una visión generalista de la misma².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente como la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2014: 1). Esta definición equipara la salud con el bienestar, no incide en ningún momento en la «mala salud», quedándose sólo en la primera acepción del diccionario, la normativa, y teniendo muy en cuenta el evitar la inclusión de cualquier agente externo patógeno como origen de la enfermedad y del malestar, es decir, evitando cualquier interpretación que pueda ser tergiversada más allá de una perspectiva cientificista de la medicina que pone el foco en un presunto carácter foráneo de la enfermedad (McKeown, 1988).

Ambas definiciones expuestas inciden en el correcto funcionamiento como aquello que constituye lo normal y lo normativo, pero esta percepción es claramente subjetiva y subjetivista, a pesar de ser presentada con cierto carácter de objetividad. Sin entrar en cuestiones de una ontología meramente *debolista*, hay que señalar al modo de Gianni Vattimo que ambas definiciones pretenden imponer un sentido «fuerte» y unívoco, normativista y normativizante, pero sin contemplar en ningún momento la relatividad del horizonte hermenéutico interpretativo, esto es, un sentido «débil» que permita el libre curso de la expresión más allá de un *telos*

2. Por una visión generalista de la salud se entiende aquella que desde una óptica biomédica conceptualiza la salud en función de una capacitación orgánica para poder alcanzar un estado de bienestar físico y, en ocasiones, mental. Es cierto que la salud no es sólo la integridad anatómica, fisiológica y psicológica como se anuncia en las primeras definiciones dadas del término en este trabajo, pero si es cierto que en las actividades relacionadas con la salud se busca cierto equilibrio entre los valores mensurables dentro de la corporalidad, con la pretensión de que no se dé ninguna alteración en un estado físico que se considera «normal», aunque el término apropiado sea «mediano» (esto es, sin contemplar, por supuesto, cada caso particular). Así, la visión generalista de la salud se caracteriza por una praxis que mira a aquello que genera enfermedad, buscando identificarlo y comprenderlo, para así poder evitarlo y combatirlo, y no por una contemplación orientada hacia unas prácticas que pongan el foco en la generación de lo saludable en sí mismo (véase Antonovsky, 1987).



nihilista (Vattimo, 2012)³. Esto se debe a que tanto la definición dada por el diccionario como aquella que se expone en los documentos capitales de la OMS están realizadas por expertos y burócratas (de la salud, los de la OMS; de la palabra, los de la RAE), que deben de cumplir con el sentido férreo de toda metafísica del orden⁴. De ahí que las explicaciones que pueden surgir a partir de estos dos textos referenciales (y fundacionales)⁵ no tengan

3. El autor del presente estudio reconoce la deuda filosófica con Gianni Vattimo en el desarrollo de las cuestiones que aquí se abordan. La radicalización anti-metafísica de lo subjetivo permite abrir una puerta a la pluralidad, a la relatividad y a la diferencia como elementos esenciales con los que combatir la unicidad de un pensamiento instaurado por una lógica férrea que impide la libertad interpretativa. Si bien las ideas centrales de este estudio vienen dadas a raíz de investigaciones de amplio perfil fenomenológico heideggeriano, encuentran en la hermenéutica de Vattimo una formulación adecuada para lo que aquí se pretende transmitir. Respecto del equívoco de la lógica instaurada, puede verse (Gilabert, 2023b).

4. La metafísica del orden es aquella que se hace fuerte en la modernidad. Se instaura como un retal del pensamiento platónico (o platonizante) donde el Ser-Uno se erige como lo normativo desde su posición hegemónica. Su predominio se debe a la influencia fundamental de una moralidad que cierra las relaciones humanas conforme a una estática del Ser» (donde Ser se instaura con una mayúscula que le da el lugar de un ente supremo o, al menos, de su emblema), sin contemplar que el ser es, de suyo, dinámico, por lo que más que un «ser» es un «estar», lo cual sí conserva el carácter de temporalidad que permite la apertura del horizonte (Ordóñez-García & Rüdinger, 2014; Ordóñez-García & Rüdinger, 2015). Pero la trama de sentido que tiene preponderancia en la Historia, al no contemplar este carácter dinámico del ser, otorga a éste el estatus de deber-ser, con lo que se abre el paso a la moralidad y se establece lo normativo bajo una ficción en sus fundamentos. Puede verse el paso del ser al deber-ser en (Heidegger, 1983). Para una alternativa de carácter emancipatorio a esta identificación del Ser con el Uno y una apertura al Estar del Otro, véase (Segato, 2013).

5. Son fundacionales, en un primer momento, porque en ese tipo de textos, tanto en los diccionarios como en las declaraciones y documentos de los organismos institucionales, es donde se fija en un lenguaje el motivo a tratar, permitiendo su codificación y descodificación entre aquellos interesados en la materia sin importar la medida de su implicación en la misma. En ellos se asienta el concepto y sentido de las palabras que se emplean para poder «hablar» de ello. Sin embargo, tal afianzamiento de términos siempre se hace a posteriori, tiempo después de ponerse el problema sobre la mesa de la Historia y la sociedad, por lo que se da la paradoja de asentar los fundamentos al final, es decir, no se llega a ellos mediante una arqueología que tiene que indagar hasta bajar al sótano más profundo, sino a partir de una teleología que ponga un remate final al tejado. Eso pasa en todos los aspectos de la existencia y regiones de lo ente que atañen al ser humano (Ricoeur, 1995). Una posible respuesta a ello puede encontrarse en los planteamientos filosóficos de Martin Heidegger, quien afirma que lo primero en un rango existencial, que debe corresponder a lo ónticamente más cercano, es también lo que se encuentra ontológicamente más alejado (Heidegger, 1976: 331). En esta línea heideggeriana va un segundo momento que denota su fundacionalidad, porque en tanto que se establecen dichos términos para intentar llevar a cabo una ontología concreta, regional, saber de qué ente se trata, es necesario acudir a unas definiciones básicas que consensuen el parecer de la comunidad, como una *koiné* que permita no ya la mera



en cuenta ni la temporalidad ni la gradación ni la pluralidad de la misma, esto es, se está elucubrando acerca de la salud (esa normatividad, que, como todo lo normativo, aspira a perpetuarse) como algo estático y no como algo dinámico que pertenece a cada individuo, y, del mismo modo, sin tomar en consideración la posibilidad de una salud precaria, y, mucho menos aún, los múltiples estados de salud que puede tener un mismo individuo⁶. Una definición «débil» de salud debe enfatizar esa temporalidad, dinamicidad y subjetividad de la salud en tanto que estado que afecta al ser humano. Por eso, la reflexión debe ser filosófica y no meramente una lectura de especialistas.

Se trata de elucidar filosóficamente si la salud es un hecho o es un valor, dar una definición de la salud acorde a la filosofía a partir de estas concepciones generales. Para alcanzar tal meta, es interesante preguntar simultáneamente por el término opuesto, con la enfermedad o, al menos, con el malestar. En la concepción común suele identificarse la salud como lo normal y la enfermedad-malestar como lo patológico, pues la salud pasa desapercibida en la vida cotidiana, concretándose negativamente mediante la ausencia de dolencias, siendo la enfermedad el único horizonte desde el que se puede definir los dos conceptos de la oposición entre lo sano y lo enfermo (Gadamer, 1993). Sin embargo, este estudio considera necesario repensar esta identificación, máxime cuando la elucidación pretendida, la de si la salud es un hecho o un valor, implica una hermenéutica de sí mismo en los estados de salud y enfermedad.

INDAGACIONES ACERCA DEL CARÁCTER DE LA SALUD

Una reflexión filosófica acerca del carácter de la salud debe pensarse dialécticamente, con su presunto opuesto, lo enfermo, pero teniendo en cuenta no sólo los dos lugares extremos, sino que también la mirada debe dirigirse a la línea que los separa. Se trata de caminar por la frontera, que es lo propio de una teorización que se pretenda tal, pues se adecua a la

comunicación para poder trabajar a partir del ente, como un recurso material desde el que crear *poieticamente*, como en el primer momento, sino como la transmisión del producto ya creado y finalizado. En este sentido, es recomendable repasar la diferencia aristotélica entre entes físicos y entes técnicos como aquellos materiales desde los que trabajar y los productos ya acabados respectivamente (Aristóteles, 2022: II, 193a), que si bien Heidegger no lo señala explícitamente, si está latente en su interpretación de la técnica (Heidegger, 2000: 7-36).

6. Aquí hay que hacer referencia en primer lugar al fenómeno de la multimorbilidad: quien padece una enfermedad crónica también puede estar aquejado de otras dolencias, pues las enfermedades no son excluyentes entre sí, y, del mismo modo, también incide el factor temporal de las enfermedades. Esto destaca especialmente en la vejez, al ser característico que los ancianos padezcan de diversas dolencias simultáneamente (Callahan, 1995: 156).



concepción plástica y maleable propia de la *dýnamis* del pensamiento⁷. Esa dimensión fronteriza toma relevancia en este estudio al pretender indagar la salud precisamente entre dos conceptos que, si bien no son totalmente opuestos, se presentan como enfrentados en tanto que afirmar uno supone la exclusión del otro: señalar que la salud es un hecho implica negar que es un valor y viceversa.

Por supuesto, siempre aparecen procedimientos alternativos para poder afrontar una toma de decisiones en esta polaridad. Está el manido término medio, en este caso, señalar que la salud es un hecho al mismo tiempo que es un valor. Pero dicho recurso implica el peligro de ser un camuflaje de las propias carencias reflexivas sobre el asunto, pues advertir que un elemento cualquiera de la existencia tiene un porcentaje de una cosa y un porcentaje de la otra, puede ser considerado como un no señalar nada (que no señalar la nada, que supone otro problema diferente pero no menos importante), ya que no se efectúa una toma de posición propia acerca del citado asunto porque, en el fondo, no se tiene una idea clara sobre la cuestión: no hay resolución porque el tema se muestra extraño al pensamiento. Ocurre que el término medio es un punto que se sitúa en una escala de niveles entre un elemento A y un elemento B y la ciencia moderna contempla la gradación⁸ al basarse casi exclusivamente en la medición, situando los diversos estados «relativos» en función de su cuantía respecto de elementos referenciales absolutos (Arana, 2001: 60-71), por lo que desde una perspectiva empírica y cognitiva es perfectamente viable honrar la *aurea mediocritas*, como virtuosos aristotélicos (Aristóteles, 1999: 1106b 35-1107a 2.) y no como «criticones» kantianos (Kant, 1969, AK VI., 439). Sin embargo, para considerar

7. Esta investigación se encuadra dentro de una perspectiva que señala que todo aspecto de la realidad existencial tiene un carácter aporético, el cual se despliega siempre en dos o más extremos (no es una dialéctica pura, pues las incompatibilidades y antinomias pueden venir desde diversos frentes) que, dentro de una trama teórica, son conceptualmente incompatibles, pero que en la praxis vital se dan de manera simultánea. Esas oposiciones siempre son de índole totalizante, generalista y radical, no habiendo entre los opuestos una escala de intensidad que atenúe su impacto diferencial. Esto implica que la reflexión filosófica debe ser siempre un tránsito por los lindes conceptuales, sabiendo que a ambos lados de la línea divisoria por la que se deambula se sitúan dos bloques consolidados de la realidad, que, si bien son porosos en una teoría supramundana (es decir, para la reflexión filosófica o científica), son dados mundanamente de manera rígida y opaca, siendo su conexión existencial (o falta de ésta) una labor meramente subjetiva.

8. Nada que ver esto con el ejercicio retórico, literario y semántico de la encadenación formal de las palabras, los enunciados y los discursos. Mas bien es al contrario lo que ocurre en ciencia, donde se despegan, se separan y se aíslan los conceptos para tratarlos desde su descomposición, aun queriendo ver el Universo físico y material como el poema más bello, más perfecto, más sublime.



válida la propuesta de que el problema se resuelve apelando a un término medio, o a una cuestión de porcentajes, se debe señalar dónde se ubica ese hito en la vía que va del hecho al valor o viceversa. Y ahí es donde aparece un problema.

Problemática del hecho

En primer lugar, es fundamental para señalar qué problema implica en este estudio el situarse en una posición equidistante respecto del carácter de hecho y del carácter valor que tiene un elemento cualquiera de lo real, por ejemplo, como es en este caso en el que se indaga, la salud, aclarar qué se entiende por «hecho» y qué por «valor». A partir de definiciones que pongan un ojo en la historia filosófica de dichos conceptos⁹ se trata de establecer una descripción simple pero rigurosa para cada uno de ellos.

Acudiendo a una definición clásica para el término «hecho», puede decirse, de manera en extremo analítica, que el hecho es el darse efectivo de estados de cosas (Wittgenstein, 2003: 49), y que la totalidad de los hechos dados efectivamente componen el mundo (ib.). Otra definición dada en la tradición académica de índole radicalmente opuesta a los planteamientos analíticos indica que el hecho tiene de suyo un carácter contingente, esto es, señala un ente que puede ser «esencialmente» otro distinto de lo que realmente es, pero que por mor de una esencia, un *eidōs*, que se le contrapone, tiene una significación determinada, la cual lo torna fáctico (Husserl, 1976: 21-23). Sin embargo, es necesaria, y, por tanto, hay que añadirla, además, para completar la definición fenomenológica, la distinción entre la facticidad natural (*Tatsächlichkeit*), esto es, el estado de cosas efectivo en el mundo, y la facticidad existencial (*Faktizität*) que denota la referencia con respecto del mundo (Heidegger, 2006: 53-60).

Vale tanto la definición fundante del positivismo lógico como la de la fenomenología, pero caben otras explicaciones aún más clarificadoras al no tener que recurrir (y manejar) al lenguaje propio de una corriente determinada. Por ejemplo, puede señalarse sin menoscabo hermenéutico que un hecho es algo ya cumplido y del que no puede negarse su realidad (Ferrater-Mora, 2005: 1570). En todos los casos se alude al carácter efectivo del hecho, por tanto, su carácter pragmático. Como se sabe, el término

9. Una historia profusa de un concepto tiene que contemplar no sólo las reflexiones más señeras sobre el mismo en la tradición, sino que también tiene que desgarrar etimológicamente su significado. Ambas maneras de estudiar el concepto, dados en su conjunto, constituyen una labor encomiable que se debe posponer a otra oportunidad ulterior debido al marco limitado que se establece para el presente texto.



«pragmático» alude a los hechos humanos, a la facticidad de corte existencial, y no a la aspiración, al sueño o a la imaginación. El carácter pragmático de las cosas denota utilidad, y cierta instrumentalidad, tanto en lo meramente académico, esto es, en lo teórico y supramundano, como en lo vital e inmanente, lo cual implica ciertas resonancias prácticas a los términos a los que se atribuye este carácter. En este sentido, es necesario recordar que etimológicamente lo pragmático y lo práctico están emparentados (Pabón S. de Urbina, 1967: 496), con lo cual los hechos se aplican a una cierta praxis.

Tribulaciones acerca del valor

Respecto del valor, en segundo lugar, otro tanto similar ocurre que respecto del hecho. Una definición del valor del lado de una teorización de corte económico, por ejemplo, lo describe como la relación entre el costo de trabajo y la ganancia que genera el producto (Marx & Engels, 2023: §37), y una del lado de supuestos de corte moral, por poner otro ejemplo, concreta que el valor (moral) es aquello que albergan las acciones deontológicas efectuadas libremente y a voluntad (Kant, 1974: AK V, 97). Pero tomadas así, esas dos explicaciones son sometidas a cuestión incluso dentro de sus propias disciplinas: en la teoría económica al señalar que el valor está teñido de una carga dada por procesos indirectos (Böhm-Bawerk, 2021), y en la teoría moral al determinar que una valoración deontológica se queda en una explicación meramente formal y que no tiene cuenta el contenido emocional de la ética (Scheler, 2014). Pero a su vez, en ambas áreas de conocimiento, se produce un retorno a las posiciones iniciales citadas por parte de críticos de los críticos, a saber, en economía, que los «rodeos de producción» no se sostienen en un contexto de producción continua y simultánea como se da en las economías modernas (Bukharin, 2011: IV, 11), y en moral, que las democracias liberales deben de formalizarse en un contexto de derechos y deberes ciudadanos, independientemente de los casos particulares y, por ende, emocionales (Rawls, 2000).

Como las presunciones acerca de qué es un valor dadas en la tradición filosófica, como estos dos ejemplos citados, conllevan una carga que necesita ser aclarada puntillosamente, hay que recurrir a una definición que se centre exclusivamente en la naturaleza y carácter del valor y no en la reflexión axiológica. Se propone que el valor es cierto fundamento de las concepciones mundanas y vitales, lo que denota una cualidad por las que deben elegirse preferiblemente en función de su aptitud y utilidad, esto es, no deja de ser en el fondo una interpretación de las cosas que acaecen en el plano de lo inmanente (Nietzsche, 1988a: 250). Pero toda elección siempre implica al individuo libre y autónomo, por lo que la elección de valores



debe hacerse siempre desde una óptica subjetivista (Rojas-Jiménez, 2023), incluso la de la salud en el hipotético caso de ser considerada ésta como un valor. Pero esa subjetividad a la hora de elegir, tanto más si es conforme a una interpretación, podría oponerse al hecho fáctico, no de corte existencial, esto es, subjetivo, sino al hecho «natural», que se pretende, en cierto modo y desde una perspectiva científicista, objetivo.

LA NEGACIÓN DEL TÉRMINO MEDIO

Si tomamos al hecho desde una óptica plenamente objetivista y al valor lo calibramos desde el subjetivismo, encontramos entre hecho y valor una oposición tal que impide que haya un término medio entre ambos. Porque no hay un camino entre ambas, no hay perspectivas poco o mucho objetivas o subjetivas: decir que un acto o una decisión es poco objetivo implica que está cargado de algún modo de subjetividad, del mismo modo que decir que cualquier cosa es muy objetiva implica señalar que tiene una validez tal que le permite ser contemplado de manera imparcial, restando importancia y declarando marginales las excepciones que indican cierta parcialidad desde una perspectiva de corte subjetivo. Objetividad y subjetividad son dos bloques excluyentes y antitéticos¹⁰, mucho más que el hecho y el valor, que aun siendo antagónicos poseen cierta «porosidad» en sus lindes. La frontera entre ambos es meramente reflexiva, no puede señalarse un tercer lugar que se coloque como punto intermedio, porque no hay un espectro gradual entre lo objetivo y lo subjetivo del mismo modo que no lo hay entre el hecho y el valor.

Pero no sólo hay que desechar la posibilidad del término medio aquí. Otra propuesta que no merece ser contemplada es la posibilidad de que no es ni lo uno ni lo otro, que no haya pertenencia absoluta a ninguna de las

10. Objetividad y subjetividad corresponden a dos maneras de comprender el mundo, que en un lenguaje heideggeriano pueden nombrarse como «modos de ser [estar] en el mundo». El recurso a los planteamientos de Martin Heidegger aquí no es casual, sino que obedece a una adhesión a su concepción de la ciencia como un modo de estar en el mundo o actitud para con éste (Heidegger, 1976: 104-106). La ciencia se pretende objetiva al tratar de elucidar aquello con que la existencia se topa en el mundo cuando irrumpe en él, a saber, el ente, el cual se presenta conforme a su tematización al modo de un «hecho» que es posible averiguar científicamente a partir del método físico-matemático, esto es, empleando la mensurabilidad, la cual se pretende objetiva, frente a una opinión subjetiva que se tacha de acientífica, continuando así en la actualidad el viejo debate que se inicia en la Escuela de Elea entre la *episteme* y la *doxa* (Guthrie, 1962: 395ss). Ahora bien, siguiendo a Heidegger, es necesario repensar esta presunta objetividad, pues la ciencia instaura un modelo desde el que no se puede establecer el ser de las cosas, porque ello es asunto de la filosofía y desde ella se tiene que apelar a la facticidad de la existencia inmanente, siempre dada subjetivamente desde la óptica del existente particular que cada uno es (Heidegger, 2006; Gilabert, 2022).



dos esferas desde las que se pretende dar la definición de una cosa, en este caso, la salud. Y se descarta por el sencillo motivo de que tal sugerencia va pareja al caso anterior, al del término medio: el no formar parte de uno u otro sólo es viable si forma parte de un tercer ámbito, esto es, ocupa un tercer lugar, que en esta dicotomía no tiene ninguna razón de ser.

EN TORNO A LA NADA

Todavía puede tener un carácter más radical que la alusión al término medio, la propuesta de negar ambos bloques y abrir la puerta a la nada y al nihilismo, lo cual, en el caso de la salud, muestra la paradoja que la constituye y que la relaciona con lo normativo. De mismo modo que ocurre con el término medio, advertir que un ente, en este caso, la salud, no es un hecho y no es un valor, de entrada, abre la puerta a declarar de él que es otra cosa, algo que no tiene el carácter de hecho ni de valor, por ejemplo, señalar que es un mero concepto, una norma¹¹, u otros casos que pueden resultar incluso absurdos para ser expuestos en un trabajo que se pretende serio y riguroso. Pero si no se contempla ninguna de las otras opciones sólo queda el recurso a la nada y con ello a una suerte de nihilismo definitorio¹².

En el caso de este estudio, señalar que la salud es nada, es aludir a un problema filosófico que está más allá de la salud misma, pues no atañe a una cuestión del ente (o región de lo ente) denominado «salud», sino que atañe a la cuestión misma del ser, la pregunta que mueve toda la historia de la filosofía y que sólo puede contemplarse desde aquello que no es ni puede ser ente, porque paradójicamente es nada, como expone magistralmente Martin Heidegger en su conferencia inaugural del curso de 1929 (Heidegger, 1976: 107-109). La salud es un ente, si bien no es atrapable al modo usual

11. También puede surgir la pregunta acerca de si una norma es un hecho o un valor: un hecho cuando está aceptada por una comunidad en la que se prescribe, un valor cuando forma parte del imaginario identitario de la comunidad que la toma. Pero al señalarla como un carácter diferente del hecho y del valor se incide en una conceptualización que va más allá de lo meramente terminológico, pues se les da a los conceptos (palabras) un poder respecto del mundo que le permite dar sentido a éste.

12. El nihilismo se conecta con la metafísica nietzscheana expuesta en *Also sprach Zarathustra*, en la proclama del viajero que afirma el crecimiento del desierto (Nietzsche, 1988b: 375). El nihilismo se expone como un desierto cuya característica principal no es el páramo en que se encuentra cualquier aspecto de la existencia, sino su irrecuperabilidad, pues no se puede cultivar en un terreno yermo, convirtiendo todo lugar en una especie de no-lugar. Este no-lugar se torna un espacio intercambiable donde reina el anonimato, conectando con el nihilismo al evidenciar la pérdida del carácter identitario de la existencia (Augé, 1992). No puede dejarse de advertir la similitud entre los no-lugares con la metáfora del *no man's land* descrito por Harold Pinter en su obra de teatro homónima (1975).



en que se atrapan los entes conforme a la actitud científica, porque al hacerlo se escurre entre los dedos. La actitud científica proclama que, para una determinada disciplina, el ente que es objeto de su estudio es «atrapable» en tanto que puede ser comprendido conforme a sus mensuraciones, tanto la «medida» del propio ente como los cálculos que sobre esta medida realiza esa ciencia concreta (Heidegger, 1987: 158-162). Pero si hay una ciencia de la salud¹³, ésta no se ocupa del ente «salud», sino de su parejo a la vez que opuesto, el ente «enfermedad».

Salud y enfermedad se convierten en la pareja de opuestos en la que se enraíza toda la dialéctica sanitaria, como ya se advierte al principio de este segundo epígrafe. La distinción propia a la que se reconduce toda acción de lo salubre en su sentido específico parte de este dualismo¹⁴. Sin embargo, la acción se reduce sólo a uno de los dos polos, a la enfermedad. Si bien, la propia OMS, como también se señala casi al principio del texto, ya advierte que la salud no es sólo la omisión de enfermedades, sino que implica también cierto bienestar, éste no es percibido de manera inmediata, sino mediado por una ausencia, por una falta de motivos aquejantes. Así pareciera que la salud no es nada, lo que corroborara como plausible la hipótesis que niega que la salud es un hecho o un valor o cualquier otra cosa. Sin embargo, esto no significa que el ente «salud» sea una nada, sino que tiene una suerte de invisibilidad positiva.

Este es el punto de partida, sin embargo, de una reflexión hermenéutica a propósito de la salud como la que lleva a cabo Hans-Georg Gadamer

13. Es de justicia aludir al seminario permanente y las jornadas de Medicina y Filosofía celebradas en la Universidad de Sevilla en la primera década del siglo XXI y en donde el autor firmante adquiere el interés y una cierta formación conceptual sobre estos asuntos que aún tienen resonancias en este texto, redactado tantos años después. En alguno de esos encuentros, un doctor en medicina señala que la disciplina a la que consagra su vida, la considerada como ciencia de la salud, no es una ciencia, sino que es, más bien, un arte. Por desgracia, Mnemosyne suele ser bastante esquiva y con el paso del tiempo llena de lagunas aquellos años (y puede entenderse el motivo), con lo que la identidad de quien pronuncia tales palabras queda ahogada en las aguas del Leteo. En todo caso, sirva de homenaje a todas las personas implicadas en la organización de esas actividades cuyo cometido es el indagar filosóficamente en la salud, en la enfermedad y en el sufrimiento. Queda pendiente un estudio similar al presente a propósito de identificar la medicina en tanto que un arte más que como una ciencia.

14. El lenguaje empleado en este enunciado parafrasea conscientemente una cita de Carl Schmitt, quien establece que los ámbitos centrales sobre los que discutir una teoría se basan en una distinción última que da sentido a toda la disciplina. Schmitt elucida este asunto para hablar de lo político desde la dicotomía amigo-enemigo (Schmitt, 1987: 25-26). Aquí es necesario acudir a la dupla salud-enfermedad para establecer el sentido de la medicina.



(1993). La salud si es un ente en cuanto tal, pero sólo se revela desde su negación, porque no debe ser contemplada sólo científicamente, sino también de manera hermenéutica, esto es, no tanto en una reconstrucción de los detalles explicativos, sino basándose en las facultades y en las sensibilidades presentes en el contexto histórico (d'Agostini, 1997: 343). La hermenéutica gadameriana no solo redefine la naturaleza de la comprensión, sino que también explora el modo en que puede aplicarse tal comprensión a la experiencia humana de la salud y de la enfermedad al presentarla como una experiencia holística donde toda la corporalidad funciona al unísono: no sólo debe de contar lo mensurable, sino también los factores emocionales y sociales, que influyen en el estado de la salud. La salud pasa desapercibida hasta que se pierde, en un estado de invisibilidad positiva, pues implica no estar pendiente del propio cuerpo, permitiendo mayor libertad para relacionarse con el mundo¹⁵. De este modo, la salud muestra un carácter *alethéico*¹⁶ que no deja de ir parejo con su estado antagónico, con la enfermedad: se encubre en lo cotidiano, pero se revela precisamente en su ausencia.

CONCLUSIONES: UNA APORÍA PARA DEFINIR LA SALUD

Se ha llegado a una concepción *alethéica* de la salud tratando de definirla. Y no es casual que el camino marcado desde el inicio lleve a esta suerte de aporía que constituye la salud. Si bien, aún no hay una respuesta clara que

15. La perspectiva gadameriana es un aliciente para transformar la praxis médica, pues en lugar de centrarse exclusivamente en eliminar la enfermedad, se anima a los médicos a comprender cómo la salud (o su carencia) afecta a la vida cotidiana del paciente, lo que implica explorar asuntos más allá de la prescripción de medicamentos, como la calidad de vida, el bienestar emocional o la interacción social. La hipótesis de Gadamer ofrece una perspectiva única de la interacción médico-paciente al fusionar sus respectivos horizontes, lo que implica advertir que la curación es un proceso interpretativo más allá de la mera eliminación de síntomas de la enfermedad, apuntando a un restablecimiento armónico de lo corpóreo y lo mental.

16. La filosofía tiene un sentido que la une estrechamente a la *alethéia*. Tal término en muchos casos de la tradición se identifica con un sentido originario para la moderna «verdad» (Lambert, 1990; Cassirer, 1999: 498). Ahora bien, el *verum* latino del que deriva la palabra actual «verdad» nada tiene que ver con el sentido revelador del término griego, y mucho menos acertado es aún tratar de hacerla equivaler a *certitudo*, que deriva hoy en «certeza». Al cambiar el sentido del término, cambia todo el sentido del mundo impidiendo una plenitud, pues hay una remisión a un plano supramundano y no al mundo mismo. De esto se percata Martin Heidegger, quien trata de volver a pensar en el sentido del término conforme al carácter expuesto por los presocráticos, es decir, más que decir una «verdad» es un «hacer-evidente» desde su desencubrimiento: lo oculto se hace evidente a sí mismo, de manera que aparece y se dona como algo inteligible. (Esto se señala en múltiples textos heideggerianos, por citar algunos, véase Heidegger, 1983; 2006; 2017).



señale a la salud como un hecho o como un valor, se muestra a lo largo del texto, especialmente en el último subepígrafe, la importancia de considerar a la salud dentro de un pensar aporético. Y no puede ser de otra manera.

Este estudio, como se señala al principio de este epígrafe, se adhiere a la tesis de que hecho y valor son dos conceptos que presentados teóricamente se excluyen, de modo tal que no pueden ser pensados siguiendo los preceptos de la lógica racional, para la que A y no A son una construcción imposible, pues afirmar ambos constituye una contradicción. Pero la lógica no deja de ser una deriva pervertida del antiguo *lógos* griego, que nada tiene que ver con la moderna trama analítica de sentido de la razón bajo el que se ampara el paradigma de rigor y cientificidad (Gilabert, 2023b)¹⁷. La lógica se supone como algo anterior a cualquier trama de pensamiento, a cualquier reflexión regional, porque su núcleo temático son las reglas desde las que trabaja el resto de las disciplinas, pues sólo da pautas y normas, de modo que no parece interferir de modo directo en lo mundano, acaso relacionado con lo ente. Al parecer que no tiene un trato directo con lo ente, da cierta imagen de pureza, seguridad y confianza. Pero la lógica evita preguntar por la propia reflexión en cuanto tal, y ello conduce a una contradicción mayor que la de A y no A en su propio seno: da las normas para el pensamiento, pero impide el pensar mismo. La lógica moderna intenta dictar conforme a su normativa qué se puede pensar y qué no, pero de modo que rompe con aquello que determina el pensar mismo y que los antiguos griegos identificaron con la *alethéia* (Heidegger, 1987: 114).

Todo ente, como es el caso de la salud, es un desplegarse que permanece en sí mismo y que se muestra como una presencia constante, estable y manifiesta (Heidegger, 2006). Este desplegarse sólo sale desde su cobertura como *alethéia*, esto es, mostrándose en su encubrimiento, ocultándose en su aparecer. Y es así porque una reflexión filosófica sobre cualquier ente tiene

17. La lógica se instaura en una paradoja, precisamente aquello que quiere superar mediante inferencias válidas: da amparo al rigor de la ciencia, pero a la vez ella misma se ampara en la corroboración del paradigma científico. La lógica queda estrechamente unida al modelo de ciencia, vulgarmente, con todo aquello que termina con la palabra *lógos*: bio-logía, psico-logía, antro-po-logía, incluso dentro del entramado de la filosofía se preocupa de la onto-logía, epistemo-logía y gnoseo-logía, de manera que parece que toda la trama metafísica reafirma un paradigma con base en la ciencia, de modo tal que todas las estructuras legadas por la tradición son únicamente un correlato de lo que debe-ser para regir el mundo adecuadamente. Pero desde la lógica no pueden darse criterios de validez a la cuestión propiamente dicha de los fundamentos, y si lo intenta, lo hace sin acudir a los fundamentos mismos, a lo originario, en su caso, a una comprensión del propio carácter griego del *lógos* que revele su sentido pertinente, sino que, más bien, dirige la mirada a la referencia puesta en algo ulterior.



de suyo una carga afectiva. Ello da la aporía que toda apertura del horizonte filosófico reclama: una respuesta que siempre se busca en el preguntar pero que el preguntar mismo impide responder. De este modo, el carácter definitorio de la salud como hecho o como valor no debe responderse a la ligera sin establecer primeramente las aporías que el discurso filosófico trae de suyo. Tal es, y no puede ser de otra manera, la respuesta acerca del carácter definitorio de la salud desde la filosofía.

REFERENCIAS

- D'AGOSTINI, F. (1997). *Analitici e continentali. Guida alla filosofia degli ultimi trent'anni*. Milano: Cortina.
- ANTONOVSKI, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Hoboken (NJ): Jossey-Bass.
- ARANA, J. (2001). *Materia, Universo, Vida*. Madrid: Tecnos.
- ARISTÓTELES (1999). *Ética a Nicómaco*. Ed. bilingüe y trad. de M. Araujo y J. Marías. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales-Ministerio de la Presidencia.
- (2022). *Física*. Ed. en griego antiguo de J.L. Calvo Martínez y J.M. García Valverde. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- AUGÉ, M. (1992). *Non-Lieux. Introduction a une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Le Seuil.
- BÖHM-BAWERK, E. (2021). *Zum Abschluss des Marxschen Systems* [1896]. Wien: Oeconomicus.
- BUKHARIN, A. (2011). *The Economic Theory of the Leisure Class* [1919]. New York: Monthly Review.
- CALLAHAN, D. (1995). *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society* [1987]. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- CASSIRER, E. (1999). *Das Erkenntnisproblem in der Philosophie und Wissenschaft der neueren Zeit*. Erster Band. Hamburg: Meiner.
- FERRATER-MORA, J. (2005). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel-RBA.
- GADAMER, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GILABERT, F. «Fundamentum Scientiae: Heidegger y el no pensar de la ciencia moderna». Azafea. *Revista de filosofía*, 24: 187-199. DOI: <https://doi.org/10.14201/azafea202224189201>
- (2023a). «Pathos-Lógos. Materiales en torno al decir (y callar) —somático— del sufrimiento». En Romero, F. y Santamaría, M. (eds). *Alrededor de la psique. Reflexiones filosóficas sobre la psicopatología y su historia*. Granada: Universidad de Granada, 31-47.
- (2023b). «A la busca del Lógos perdido. En torno a Was ist das - die Philosophie? de Martin Heidegger». *Pensamiento. Revista de investigación e información filosófica*, 79/306: 1863-1876. DOI: <http://doi.org/10.14422/pen.v79.i306.y2023.009>.



- GUTHRIE, W.K.C. (1962). *A History of Greek Philosophy. Vol. I - The earlier Presocratics and the Pythagoreans*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HEIDEGGER, M. (1976). *Wegmarken* [1919-1958]. Frankfurt am Main: Klostermann.
- (1983). *Einführung in die Metaphysik* [1935]. Frankfurt am Main: Klostermann.
- (1987). *Zollikoner Seminare. Protokolle-Zwiegespräche-Briefe*. Frankfurt am Main: Klostermann.
- (2000). *Vorträge und Aufsätze* [1936-1953]. Frankfurt am Main: Klostermann.
- (2006). *Sein und Zeit* [1927]. Tübingen: Niemeyer.
- (2017). *Parmenides* [1942-1943]. Frankfurt am Main: Klostermann.
- HUSSERL, E. (1976). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie* [HUA III] [1913]. Leiden: Nijhoff.
- KANT, I. (1969). *Die Religion innerhalb der Grenzen der bloßen Vernunft* [1793]. *Die Metaphysik der Sitten* [1797]. Kants Werke Akademie Textausgabe Band VI. Berlin: De Gruyter.
- (1974). *Kritik der praktischen Vernunft* [1788] - Kritik der Urtheilskraft [1790]. Kants Werke Akademie Textausgabe Band V. Berlin: De Gruyter.
- LAMBERT, J.H. (1990). *Neues Organon, oder Gedanken über die Erforschung und Bezeichnung des Wahren und Dessen Unterscheidung vom Irrthum und Schein*. Berlin: De Gruyter.
- MARX, K.; ENGELS, F. (2023). *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Dritter Band: Der Gesamtprozeß der kapitalistischen Produktion* [1894]. Berlin: Dietz.
- McKEOWN, T. (1988). *The origins of Human Disease*. London: Blackwell.
- NIETZSCHE, F. (1988a). *Jenseits von Gut und Böse. Vorspiel einer Philosophie der Zukunft* [1886]. *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift* [1887]. Sämtliche Werke. Band V. Berlin: De Gruyter.
- (1988b). *Also Sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen* [1883-1885]. Sämtliche Werke. Band VI. Berlin: De Gruyter.
- ORDÓÑEZ-GARCÍA, J. & RÜDINGER, K. (2014). «Heidegger y la noción de preciencia (*Vorwissenschaft*) como propedéutica existencial. (Parte 1: El afecto del tiempo)». *Estudios de Filosofía*, 50: 155-169.
- (2015). «Heidegger y la noción de preciencia (*Vorwissenschaft*) como propedéutica existencial. (Parte 2: El extante de la muerte)». *Estudios de Filosofía*, 51: 9-26.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2014). *Documentos básicos*, 48ª ed. Versión en línea.
- PABÓN S. DE URBINA, J.M. (1967). *Diccionario manual de griego clásico*. Barcelona: Spes.
- PINTER, H. (1975). *No Man's Land. A Play by Harold Pinter* [1974]. London: Avalon.



- RAWLS, J. (2000). *Lectures on the History of Moral Philosophy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*, 23ª ed. Madrid: Espasa.
- RICOEUR, P. (1995). *De l'interprétation: Essai sur Freud* [1965]. Paris: Le Seuil.
- ROJAS-JIMÉNEZ, A. (2023). *El alcance de la moderna filosofía. Pensar en libertad*. Madrid: Síntesis.
- SCHELER, M. (2014). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik* [1913-1916]. Hamburg: Meiner.
- SCHMITT, K. (1987). *Der Begriff der Politischen. Text von 1932 mit einem Vorwort und drei Corollarien*. Berlin: Duncker & Humboldt
- SEGATO, R. (2013). «Que cada pueblo teja los hilos de su historia. La colonialidad legislativa de los salvadores de la infancia indígena». En *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo.
- VATTIMO, G. (2012). *Della realtà. Fini della filosofia*. Milano: Garzanti.
- WITTGENSTEIN, L. (2003). *Tractatus Logico-Philosophicus* [1921]. London: Routledge.





LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN LA PSICOPATOLOGÍA: ATISBOS DESDE CANGUILHEM

ZENIA YÉBENES ESCARDÓ

UAM-Cuajimalpa

ORCID: [0000-0001-7226-6527](https://orcid.org/0000-0001-7226-6527)

LA NORMA Y EL MEDIO

En *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943) —publicado como *Lo normal y lo patológico*— Georges Canguilhem examina críticamente los intentos teóricos de la medicina moderna por definir la diferencia entre lo normal y lo patológico. En 1851, Auguste Comte señala el importante cambio de conceptualización que se produce cuando Broussais argumenta, en la década de 1820, que el fenómeno de la enfermedad es esencialmente del mismo tipo que el de la salud y que, por tanto, la salud y la enfermedad sólo se diferencian en intensidad (Canguilhem, 2009: 27). En epidemiología y bioestadística, el término «distribución normal» hace referencia a un patrón común de variación en torno a una media, conocida comúnmente como curva de Bell (Lock y Nguyen, 2010: 44). El propósito, finalmente, es definir la enfermedad de forma puramente *cuantitativa*. Es decir, sugerir que lo patológico *solo es una variación cuantitativa de lo normal* y que la salud y la enfermedad pertenecen a la misma escala fisiológica.

El argumento crucial de Canguilhem, contra el principio de Broussais, es que lo normal y lo patológico son dos estados fundamentalmente diferentes que no pueden colocarse lógicamente en el mismo continuo. A través de su crítica a la comprensión *cuantitativa* de los fenómenos patológicos, Canguilhem sitúa al enfermo y su experiencia de la enfermedad en el centro de su concepción con dos tesis inseparables: la enfermedad es una realidad por derecho propio, *cualitativamente* distinta de la normalidad y que no puede reconstruirse a partir de esta última; y la enfermedad no puede equipararse a la anormalidad o a la ausencia de norma, sino que constituye una norma propia (Troubé, 2011: 64).

La salud y la enfermedad no existen en sí mismas como *hechos objetivos* estudiados por el científico, sino que son del orden del *valor*, fundadas en



la polaridad dinámica de la vida, en sus comportamientos propulsivos y sus comportamientos repulsivos. La misma anomalía puede resultar restrictiva y desadaptativa, o propulsora y creativa, en función de las potencialidades y limitaciones de su medio (Canguilhem, 2009: 101). Canguilhem pone el ejemplo de la tensión arterial baja, que puede ser patológica o no, según la altitud (Canguilhem, 2009: 138). Asimismo, cita una especie de mariposa cuya mutación de alas negras se elimina en los entornos naturales, pero prospera en los industriales. La mutación de alas negras resulta inadaptada en la naturaleza, donde su coloración destaca sobre la corteza de los árboles. Sin embargo, es normativa en un entorno en el que la presencia de su depredador, los pájaros, es menos común (Canguilhem, 2009: 106).

Una *norma* es una acción que forma un campo de tensiones en el que la vida se revela como la dinámica del movimiento polarizador en la superación de sus limitaciones en relación con su medio. Una norma no es un *valor*, no implica ninguna diferencia de valor, sólo constituye ciertas limitaciones o desafíos relativos. Lo *normal*, en cambio, sí es un valor. Como valor, puede ser instituido, restaurado o destruido. En este sentido, la vida misma es una actividad normativa que instituye o restaura valores; o que destruye valores que ha instituido antes: «vivir es, incluso en una ameba, preferir y excluir» (Canguilhem, 2009: 100). Tal actividad normativa de la vida implica una actividad de efectos en el medio o en el cuerpo: discriminar lo bueno y lo malo, o desarrollar polaridades de reconocimiento y oposición, etc. Esta actividad normativa es también una polarización a partir de la cual se generan las normas: se trazan o dibujan los límites en el medio que uno desea, persigue, sigue, o del que se desvía y se aparta.

En el centro de la comprensión de Canguilhem del significado biológico de «medio» se encuentra el supuesto básico de que la vida está organizada normativamente en el sentido de que los organismos se encuentran con el mundo no como un conjunto de hechos, sino como un conjunto de valores. Cada organismo, mediante los modos de percepción de que dispone, selecciona y excluye continuamente los estímulos ambientales de acuerdo con las preferencias que se alinean con su supervivencia. Canguilhem considera a los individuos como relaciones (sistémicas), no como sustancias (Gayon, 1998). Por ello, la normalidad y la patología no se sitúan en el propio organismo. Aparecen en cambio *en la relación* entre el organismo y su medio (Canguilhem, 2009: 107).

El significado de *milieu* (medio) no se limita a denotar lo que comúnmente se llama un entorno, sino que se refiere también al estado literal de estar «en medio» (*mi-lieu*). Los organismos residen en el centro de sus entornos en la medida *en que participan en la constitución de los mundos que habitan*. Es en este sentido constitutivo que el medio se refiere a estar «en el



medio». El organismo *compone activamente su medio* a través de su surtido único de sensibilidades, elementos del mundo que concuerdan con sus intereses vitales, planteando sus propias normas en respuesta a las condiciones materiales en las que debe sobrevivir: «La relación entre el viviente y el medio se establece como un debate (*Auseinandersetzung*), al que el viviente aporta sus propias normas de apreciación de las situaciones, a la vez dominando el medio y acomodándose a él» (Canguilhem, 2008: 113; DeCaroli, 2021: 122). Lo normal y lo patológico son *valores* instituidos por el ser vivo en su normatividad:

El hecho de que un ser vivo reaccione con una enfermedad frente a una lesión, a una infestación, a una anarquía funcional, traduce el hecho fundamental de que la vida no es indiferente a las condiciones en las cuales ella es posible, que la vida es polaridad y por ello mismo *posición inconsciente de valor*, en resumen: que la vida es de hecho una actividad normativa. Por normativo se entiende en filosofía todo juicio que aprecia o califica un hecho con relación a una norma, pero esta modalidad de juicio se encuentra subordinada en el fondo a aquella que instituye normas. En el pleno sentido de la palabra, normativo es aquello que instituye normas (Canguilhem, 2009, 92).

Para Canguilhem, las desviaciones cuantitativas de las normas medias no son necesariamente patológicas. En medicina existen numerosos casos de estructuras o procesos estadísticamente inusuales que, sin embargo, no perjudican la adaptación del organismo a su medio ni provocan sufrimiento. De hecho, un ser vivo normal transgrede constantemente sus normas para convertirse en algo más que normal. Esta actividad normativa es la base de su normalidad: «La anomalía o la mutación no son de por sí patológicas. Expresan otras posibles normas de vida» (Canguilhem, 2009: 108). Canguilhem se refiere recurrentemente al neurólogo y psiquiatra Kurt Goldstein, que descubre que los soldados que han sufrido daños cerebrales durante la Primera Guerra Mundial pueden recuperar funciones limitadas:

Goldstein descubrió en sus enfermos la instrumentación de nuevas normas de vida mediante una reducción del nivel de su actividad, en relación con un medio ambiente nuevo pero estrechado. El estrechamiento del medio ambiente en el caso de los enfermos afectados por lesiones cerebrales, responde a su impotencia para responder a las exigencias del medio ambiente normal, es decir previo. En un medio ambiente que no estuviera rigurosamente preservado, esos enfermos sólo conocerían reacciones catastróficas; ahora bien, mientras el enfermo no sucumbe a la enfermedad su preocupación consiste en escapar a la angustia de las reacciones catastróficas. De donde surge la manía por el orden, la meticulosidad de esos enfermos, su positivo gusto por la monotonía, su apego a una situación que saben que pueden dominar. El enfermo está enfermo porque sólo puede admitir una



norma. Para usar una expresión que ya nos ha servido mucho: el enfermo no es anormal por ausencia de norma sino por incapacidad para ser normativo (Canguilhem, 2009: 141).

La nueva norma establecida por la enfermedad difiere de la norma de la salud en su aspecto *no normativo*, poniendo en tela de juicio la capacidad de los seres vivos de afrontar situaciones imprevistas e inéditas. Si bien el estado patológico sigue siendo normal en el sentido de que prescribe y regula modos de ser, *no es normativo*, en el sentido más pleno que se refiere a la capacidad de autotranscendencia. Las normas patológicas se caracterizan por su conservadurismo e intolerancia al cambio. Si la salud es variabilidad y flexibilidad, normatividad, la patología se define como la reducción de éstas.

Por consiguiente, tenemos que decir que el estado patológico o anormal no está constituido por la ausencia de toda norma. La enfermedad es aún una norma de vida, pero es una norma inferior en el sentido de que no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale, puesto que es incapaz de transformarse en otra norma. El ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes (Canguilhem, 2009: 139).

Ahora bien, un ser vivo modifica constantemente las propias normas de su organización y, por tanto, también los criterios para evaluar las funciones del organismo como normales o patológicas. No es posible establecer valores o criterios absolutos para los organismos vivos, porque estos valores se crean constantemente en el proceso. Canguilhem considera la patología como un recordatorio constante de que las normas vitales no expresan leyes sino posibilidades, y al mismo tiempo como un recordatorio de que la normalización puede ser patológica. Se podría decir que «enfermar es normal, (pero) ser normal puede ser una enfermedad» (Gane 1998: 305; Kruse Ljungdahl, 2020: 347). La creación de una nueva normatividad en la concepción de las normas vitales es relativa en comparación con la creación de valores en la voluntad de poder de Nietzsche. Para Canguilhem, en la enfermedad, la capacidad del ser vivo está limitada a cualquier cambio de valores vitales; en la salud, sin embargo, está abierta a la superación de sus valores vitales.

LO PATOLÓGICO COMO OBSTÁCULO Y SUFRIMIENTO

Si la salud es normatividad y no normalidad, el criterio para calificar cualquier hecho biológico como patológico, no es entonces su desviación de lo normal, sino la reducción de las posibilidades de interacción del



individuo con su medio, *sentida como la experiencia del sufrimiento y del límite*. Canguilhem afirma al principio de su obra que la psicopatología no es el objeto central de su reflexión. Así, se refiere en su introducción a un enfoque holístico de los fenómenos patológicos, tomados como parte de la cuestión del ser vivo en su conjunto, donde «Un pié-Bot de nacimiento, un invertido sexual, un diabético, un esquizofrénico...» forman parte de la problemática normal /patológico (Canguilhem, 2009: 11; Tran The, 2018: 156). Sin embargo, como vamos a ver, su reflexión no es de ninguna manera ajena a su conocimiento de la psicopatología. En relación con la psiquiatría, el planteamiento de Canguilhem nos permite atisbar cómo la nosología psiquiátrica, aunque pretenda describir *hechos*, es inherentemente *normativa* ya que se basa en enunciados de *valor* (Moe y de Cuzzati, 2024). Al indicar que un estado es normal o anormal, la psiquiatría le atribuye un valor positivo o un valor negativo. Escribe Canguilhem:

la medicina existe como arte de la vida porque el mismo ser vivo humano califica como patológicos —por lo tanto, como debiendo ser evitados o corregidos— ciertos estados o comportamientos aprehendidos, con respecto a la polaridad dinámica de la vida, en forma de valor negativo (Canguilhem, 2009: 92)

Para Canguilhem, la medicina nunca puede ser una ciencia en el sentido de una actividad libre de valores. Más bien, es una técnica en la encrucijada de muchas ciencias: «la clínica no es una ciencia y nunca será una ciencia, incluso cuando utilice medios cuya eficacia esté cada vez más científicamente garantizada» (Canguilhem, 2009: 174).

En el marco neopositivista de buena parte de la psiquiatría actual (Moe y de Cuzzati, 2024) opera la suposición de que la patología es una desviación de la normalidad y de que la normalidad se deriva de la media estadística. Sin embargo, el concepto de normatividad de Canguilhem sugiere que es posible concebir la patología y la normalidad de un modo diferente y que la psicopatología y la normalidad son estados heterogéneos con diferentes capacidades de producción de normas. Así, los trastornos mentales son también una expresión de la normatividad del individuo. Podemos hacer la siguiente interpretación: los enfermos no son individuos anormales o sin normas, sino individuos que han perdido, modificado o debilitado su capacidad normativa. La limitación y la incapacidad, ocupan un lugar preponderante en la definición de la patología, un lugar ciertamente de mayor importancia que el de la presencia de anomalías. Si esto es así, el juicio recae, en última instancia, no en la conciencia científica, sino en el enfermo y en su comprensión intuitiva de la enfermedad como obstáculo y sufrimiento.



Si las mismas características biológicas pueden resultar patológicas en unas condiciones y no en otras, entonces la patología no se localiza simplemente en el interior del organismo, sino —como ya advertimos— en sus relaciones recíprocas con su medio. Como tal, la comprensión de la enfermedad pasa del hecho corporal aislado y cuantificable, a la evaluación dinámica de las relaciones. Si ningún rasgo biológico es inherentemente patológico, entonces la referencia literal *incluso a la enfermedad corporal* nunca es, estrictamente hablando, *el cuerpo* sino, una vez más, *la relación del organismo con el medio*. Canguilhem lo advierte así al vincular la patología al concepto de normatividad y no al de anomalía física. Si un estado reduce la capacidad de un individuo para entablar relaciones innovadoras con su medio, limitándole a existir dentro de una estrecha franja de comportamientos posibles, parece que se cumple la definición de patología que él propone. Esto parece especialmente claro cuando este estado incapacita a un individuo hasta tal punto que no puede satisfacer sus necesidades biológicas básicas (por ejemplo, una persona deprimida que no come porque cree que ya está muerta) (Margree, 2002: 305).

Podemos decir además que, en el ámbito humano, incluso la distinción entre enfermedad física y mental es problemática una vez que la salud y la patología se definen en términos de relación con un medio. Para Canguilhem, el medio humano está formado por fenómenos no sólo vitales, sino también sociales:

las normas sociales interfieren las leyes biológicas, de manera tal que el individuo humano es el producto de un acoplamiento que obedece a todo tipo de prescripciones consuetudinarias y legislativas [...] El hombre es un factor geográfico y la geografía está totalmente impregnada de historia a través de las técnicas colectivas (Canguilhem, 2009: 119).

Hechos aparentemente biológicos como la estatura humana y la duración de la vida son así «inseparablemente biológicos y sociales» (ib.). El vitalismo de Canguilhem ve lo «social» y lo «orgánico» como perspectivas propias del sujeto vivo, antes y más allá de ser perspectivas del sujeto de conocimiento. Como tales, no representan opciones mutuamente excluyentes, sino más bien normas que interactúan en y a través de su diferencia, influyendo en la calidad de vida como saludable o patológica (Greco, 1998).

LO NORMAL Y NO NORMATIVO EN LA PSICOSIS

Aunque en *Lo normal y lo patológico* la referencia a la psicopatología es breve, arroja una luz particular sobre lo que Canguilhem desea defender. *En primer lugar*, a través de las frecuentes referencias al neurólogo y psiquiatra



Kurt Goldstein, en quien Canguilhem sitúa la idea de enfermedad como una nueva norma que sólo puede definirse a nivel del individuo y que conlleva una remodelación recíproca del organismo y del medio (Canguilhem, 2009: 86). En segundo lugar, la psiquiatría *fenomenológica* ocupa un lugar preeminente como precursora en la rectificación de los conceptos de lo normal y lo patológico que desea llevar a cabo (Canguilhem, 2009: 83). En cuanto a su objeto, la enfermedad se presenta inmediatamente como una realidad propia, una alteridad irreductible a lo normal. Inseparablemente, en cuanto al método, se da primacía sobre el estudio objetivo y científico, en cuanto a la clasificación de un estado como sano o patológico, al enfoque clínico. Se presta por tanto la atención al discurso, al comportamiento global y a la experiencia del paciente (Troubé, 2011: 65). El estatuto concedido a la psicopatología en la exposición de Canguilhem es, pues, el de que aporta estos dos aspectos decisivos, que él pretende extender al campo de la medicina somática. Sin embargo, parece que una de las afirmaciones centrales de la tesis canguilhemiana, que paradójicamente la psiquiatría ha esclarecido, no puede aplicarse a las enfermedades psiquiátricas. Se trata de la afirmación según la cual, si la enfermedad es ante todo la enfermedad del enfermo, no es solo porque deba prestarse una atención particular al individuo, sino porque es el individuo quien tiene la primera palabra sobre su «estar enfermo». No se trata de negar la importancia de las manifestaciones patológicas de las que puede decirse que son objetivas y mensurables, sino de afirmar que estas manifestaciones *sólo se convierten en enfermedad en la medida en que alteran la normatividad del individuo*. Canguilhem rechaza la objeción que la enfermedad sin manifestación aparente podría constituir para su tesis. Un tumor canceroso en sus primeras fases, y que aún no produce ninguna manifestación sensible en el organismo —advierde— *no hace una enfermedad*:

De acuerdo con la teoría de Leriche, si una autopsia realizada por motivos médicos-legales revelase un cáncer en el riñón ignorado por su difunto portador, sería preciso concluir la existencia de una enfermedad, aunque no hubiese nadie a quien atribuirle: ni al cadáver puesto que ya no es capaz de tenerla, ni retroactivamente al ser vivo de antaño que no se daba cuenta de ella puesto que terminó su vida antes del estadio evolutivo del cáncer en el cual, de acuerdo con todas las probabilidades clínicas, los dolores hubiesen proclamado finalmente la existencia del mal. La enfermedad, que nunca existió en la conciencia del hombre, empieza a existir en la ciencia del médico. Ahora bien, nosotros pensamos que no hay nada en la ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia y que, particularmente en este caso que nos ocupa, el punto de vista del enfermo es en el fondo el verdadero. Y he aquí por qué. Médicos y cirujanos poseen una información clínica y utilizan a veces técnicas de laboratorio que les permiten saber que personas,



que no se sienten tales, están enfermas. Este es un hecho. Pero un hecho que debe ser interpretado. Pues bien, únicamente porque son los herederos de una cultura médica transmitida por los prácticos de ayer, pueden los prácticos de hoy adelantarse y superar en perspicacia clínica a sus clientes habituales u ocasionales. Ha habido siempre un momento en el cual, al fin de cuentas, la atención de los prácticos fue atraída hacia determinados síntomas, incluso únicamente objetivos, por hombres que se quejaban de que no estaban normales, es decir idénticos a su pasado, o de que sufrían. Si en la actualidad el conocimiento de la enfermedad por parte del médico puede prevenir la experiencia de la enfermedad por parte del enfermo, esto se explica porque antaño la segunda suscitó, llamó a la primera. Por lo tanto, ciertamente, siempre de derecho —si no actualmente de hecho— existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos se enteran por ellos los hombres de sus enfermedades (Canguilhem, 2009: 64-65)

Hay que detenerse brevemente en esta primacía del individuo. Podríamos preguntarnos: ¿Esta atención a la individualidad, o a la variación como un aspecto del individuo, no está ya en el corazón de la mirada médica decimonónica anatomopatología que critica Canguilhem? Como es bien sabido, Michel Foucault, en *El nacimiento de la clínica* (1963) traza meticulosamente el paso de una pedagogía de las especies y las clases a otra de la función y el espacio, gracias a la anatomía patológica. Mientras que en la primera el individuo es absorbido por el tipo, en la segunda la individualidad es la base para comprender la enfermedad. Cada cuerpo puede «hablar» en su diferencia somática, pero sólo una vez que *las diferencias allí observadas son contempladas como desviaciones patológicas de una norma*. Siglos de disección anatómica apoyan la idea de que el interior de los cuerpos tiene una estructura básicamente similar. Sin embargo, con el auge de la comprensión estadística de la norma, la desviación de esa norma se vincula intrínsecamente a la idea de lo patológico. Es posible «ver» diferencias entre anormalidades que se hacen visibles al diseccionar los cuerpos individuales. Esta variación se interpreta como diferentes enfermedades, o como diferentes etapas en el desarrollo de la misma enfermedad, que luego pueden relacionarse con los signos y síntomas de los que hablan los pacientes, y que a veces son visibles en la superficie de sus cuerpos. El cuerpo anatómico individualizado, se convierte en una medida estandarizada del mecanismo de la enfermedad. La patología anatómica y las estadísticas descriptivas simples de las condiciones clínicas representan los primeros intentos de estandarizar las condiciones corporales, y dan origen a la noción de *normalidad* como principio para clasificar fenómenos antes dispares (Foucault, 2003; Han y Das, 2016). Canguilhem, sin embargo, explora el problema de la individualidad precisamente *como un problema*: no como lo que está establecido, sino como lo que es relacional, precario y,



por lo tanto, se consigue mediante un enorme esfuerzo, es decir no mediante *la normalidad sino mediante la normatividad* propia de cada ser vivo.

Concebir la enfermedad como algo que norma el comportamiento invita a identificar en ella una cierta estabilidad, un nuevo orden y disposición. El estado patológico sigue siendo *normal* en el sentido de es una regulación del comportamiento en respuesta a valores vitales. Las funciones que se han vuelto patológicas no descienden al desorden azaroso o a la degeneración. Expresan un orden alternativo, que representa un intento por parte del organismo de adaptarse a circunstancias alteradas dentro de su propia organización interna o a un medio que se ha vuelto hostil. Una función patológica consigue, al menos durante un tiempo, frenar un declive inmediato hacia la muerte. De este modo, sigue expresando una norma de vida. Pero el mantenimiento de la vida es ahora más precario que antes y se logra confinando el cuerpo dentro de un conjunto *más estrecho* de operaciones (el «medio estrechado» de los soldados de Goldstein) .

Mientras que la salud permite establecer nuevas normas que nos permiten interactuar con nuevas situaciones, la norma de la enfermedad sólo se aplica a una situación determinada, la que el organismo enfermo tiene dentro de un mundo reducido, para evitar todo aquello a lo que su enfermedad le vuelve vulnerable. Efectivamente, en la alteración funcional provocada por una lesión, los comportamientos ordenados, es decir, estables y adecuados para llevar a cabo las operaciones propias de un organismo, se ven constantemente amenazados por situaciones a las que el individuo no puede hacer frente. El organismo se encuentra entonces en una situación de «reacción catastrófica», consistente en la imposibilidad de encontrar un compromiso adecuado con el medio. Al crear un nuevo medio, busca un nuevo y adecuado equilibrio con el entorno, excluyendo en la medida de lo posible las situaciones que son fuente de reacciones catastróficas (Troubé, 2011: 69). De ahí «surge la manía por el orden, la meticulosidad de esos enfermos, su positivo gusto por la monotonía, su apego a una situación que saben que pueden dominar» (Canguilhem, 2009:141).

La noción de reacción catastrófica de Goldstein, definida a nivel de la experiencia como un estado de ansiedad intensa, revela que este estado consiste no sólo en un estrechamiento del medio, sino también *en el sentimiento de este estrechamiento*, es decir, en una sensación de limitación que puede conducir a la frustración, la tristeza o la revuelta. Pero si es este sentido de limitación el que sirve de base para la apropiación por parte del sujeto del estado de enfermedad, ¿qué ocurre en el caso de las enfermedades psiquiátricas, donde esta apropiación resulta cuestionable? ¿Cuál es la especificidad de la nueva norma creada por la enfermedad en este caso, para el sujeto no se pregunte si acaso está enfermo? (Troubé, 2011:70)



Concebir la enfermedad como una nueva norma invita a pensar en los síntomas y las reacciones como un ajuste de la relación del paciente con su medio. Así, el delirio puede aparecer tanto como un proceso morboso como una reacción a la enfermedad. Puede constituir un intento de ajuste, curación o reconstrucción (Colina, 2001; Álvarez, 2008). Al mismo tiempo, parece ilustrar el carácter *no normativo* de esta adaptación: la frecuencia de los temas de persecución o control por parte de una entidad exterior parece remitir a la vulnerabilidad y la alienación, a la normalización de una experiencia radical al fijar su causa en el exterior. Del mismo modo, la naturaleza fija y rígida de la certeza delirante impide cualquier flexibilidad en las interacciones (Troubé, 2011: 70-71). Por lo tanto, el delirio puede parecer una forma extrema de adaptación patológica *no normativa*.

Los fenómenos patológicos como las alucinaciones pueden expresar un orden, y este orden se crea mediante un intento de dar sentido a una relación alterada con el mundo. En primer lugar, esto significa que los estados mentales inusuales o angustiosos nunca son, estrictamente hablando, desórdenes o trastornos. Como dice Canguilhem, parafraseando a Bergson: «No existe el desorden, sino dos órdenes, uno de los cuales es sustituido por el otro sin que nos demos cuenta y para nuestra consternación» (Canguilhem 2000: 35; Margree, 2002: 306). Esto es significativo en una tradición psiquiátrica en la que, todavía, los estados psicóticos de delirio o alucinación se consideran caóticos y sin sentido, las manifestaciones de una ausencia de orden, o los residuos de un cerebro roto. Dado que las manifestaciones psicóticas se consideran esencialmente caóticas, sin normas internas, no pueden comunicar por sí mismas nada de valor al clínico sobre la naturaleza de la alteración.

Los fenómenos psicóticos, no como simples versiones negadas o disminuidas de procesos sanos, sino como nuevas organizaciones que expresan nuevas adaptaciones a las circunstancias, pueden sin embargo tener un valor positivo para el paciente *a pesar de sus efectos negativos*, al lograr evitar que caiga en un estado aún más incapacitante. En su notable trabajo analizado por Ver Eecke y Grady, Louis Sass utiliza la descripción que hace Artaud (diagnosticado de esquizofrenia) de sus dificultades con el simple hecho de decir «hace frío»:

Si hace frío aún puedo decir que hace frío, pero hay veces en que soy incapaz de decirlo: esto es un hecho, pues hay en mí algo dañado desde el punto de vista emocional, y si alguien me preguntara por qué no puedo decirlo, respondería que mi sentimiento interior sobre este punto leve y neutro no se corresponde con las tres simples palabritas que tendría que pronunciar. Y esta falta de correspondencia, por tanto, entre una sensación fisiológica y su respuesta emocional en primer lugar y a continuación su respuesta



intelectual en la medida en que es posible resumir y sintetizar en términos generales esta serie de operaciones rápidas, casi instantáneas, que dan lugar a la perogrullada «hace frío»... esta falta de correspondencia, puesto que no selecciona sus temas ni me ahorra nada, culmina, a medida que se extiende, en los colosales sinsabores que corresponden perfectamente, por desgracia, a la pérdida de la personalidad (Artaud, 1976: 294-295) .

Artaud señala correctamente en este texto que decir «hace frío», es el resultado de un proceso que consta de tres pasos. Para la mayoría de las personas, estos tres pasos se producen en un continuo: nos afecta el frío; reaccionamos corporalmente a ese frío temblando, es decir, experimentamos el frío; describimos la situación experimentada diciendo: «hace frío». El *continuum* consiste en que el «yo» que dice «hace frío» está fundido con el cuerpo que tiembla. Para Artaud la situación es diferente. En lugar de un continuo de un paso al siguiente, el proceso se desmorona. Artaud puede verse afectado fisiológicamente por el frío, pero su reacción emocional al frío no es experimentar el frío, que le haría decir: «hace frío». Más bien, la reacción emocional de Artaud consiste en dos momentos: 1. La toma de conciencia de la extrañeza de su reacción emocional ante el frío. 2. La transformación de la expresión «hace frío» de una frase que expresa un *significado* a una frase que consta de *significantes*: «tres simples palabritas que tendría que pronunciar». El propio Artaud describe esta doble dimensión de su reacción como una «falta de correspondencia, por tanto, entre una sensación fisiológica y su respuesta emocional en primer lugar y a continuación su respuesta intelectual» (Artaud, 1976: 295).

Mientras que nosotros realizamos casi automáticamente los pasos dos y tres en el proceso de sentir frío, Artaud crea para Artaud una discontinuidad. Aun así, Artaud se parece lo suficientemente a nosotros como para darse cuenta de que hay algo que no funciona. La actividad que combina los tres pasos, se produce en nosotros de forma casi automática. Según Artaud, esta actividad se desmorona en él de vez en cuando. Sin embargo, sigue siendo consciente de que *debería haberse producido*. Cuando la reacción corporal y la descripción tienen éxito, normalmente no hay ninguna razón existencial para tematizar la presencia de la conciencia en la actividad del cuerpo, a menos que uno esté en un programa para mejorar su rendimiento (atletismo) o a menos que uno sea filósofo (Ver Eecke y Grady, 1999: 330). Si la continuidad de la actividad fracasa, hay una razón existencial para tematizarla en la conciencia. Sass señala que los conductistas concluyen erróneamente que en esta situación que ejemplifica el comportamiento esquizofrénico típico se está en presencia de un síntoma negativo: actividad disminuida, habla disminuida (alogia). Pero hay un tipo de actividad intencional que ocurre detrás de la incapacidad de decir: «hace frío». En concreto, la hiperreflexividad.



Cuando se produce un quiebre en la estructura de la experiencia subjetiva, la persona experimenta una disminución de sintonía e inmersión en el medio y dificultad para comprender los significados evidentes de la vida cotidiana. En la hiperreflexividad se instaura una norma en la que un individuo se toma a sí mismo o algún aspecto de sí mismo como objeto mórbido de su propia atención. Es una conciencia exagerada del Yo, que se manifiesta por la tendencia a monitorizar los procesos que deberían vivirse natural y tácitamente. Constituye una defensa *no normativa* a la lengua en el sentido de existir espontáneamente como agente o centro vital.

En ese caso, se puede afirmar que la forma habitualmente continua de actos corpóreos que nos permite sentir frío y decir «hace frío», se interrumpe. Se piensa entonces que la terapia ha de ser la rehabilitación social. Se acepta la incapacidad del enfermo para realizar tareas normales. Pero no se advierte *el estrechamiento del medio* del paciente que le impide experimentar la continuidad del proceso que, solo a efectos del análisis, separamos en tres pasos. En lugar de ello, se subdivide una tarea normal en partes y se entrena al paciente para que realice las partes. Sass plantea la interesante cuestión de si este enfoque no refuerza, precisamente, el monitoreo y la falta de espontaneidad de la *norma no normativa* del enfermo (Ver Eecke y Grady, 1999: 330).

EL SENTIMIENTO DE LIMITACIÓN Y LA PROBLEMÁTICA DE LA PSICOSIS

Aunque afirma que en la enfermedad mental no puede decirse que «la llamada al médico provenga del paciente», Canguilhem advierte que «ningún enfermo perspicaz puede ignorar las renunciaciones y limitaciones que los hombres sanos se imponen para acercarse a él» (Canguilhem, 2009: 86). Al relacionar el juicio del paciente sobre su afección no sólo con una percepción solipsista de sus limitaciones, sino con el modo en que éstas se le aparecen a través del otro, nos recuerda que el medio humano está constituido esencialmente por la intersubjetividad. La psicosis ha sido concebida como un quiebre de la constitución intersubjetiva. Esta ruptura se hace evidente en los temas delirantes, en los que el hecho de no encajar en la norma común aparece muy a menudo bajo la forma de una diferencia radical con el resto de la humanidad: estar en el centro de una persecución, ser elegido para llevar a cabo una misión cósmica, controlar a los demás o ser controlado por ellos (Troubé, 2011: 72). En la psicosis hay una perturbación de los marcos de experiencia dentro de los cuales las nociones mismas de salud y enfermedad como valores vividos, suelen cobrar su sentido.

Cuando Canguilhem advierte que «ningún enfermo perspicaz puede ignorar las renunciaciones y limitaciones que los hombres sanos se imponen para



acercarse a él», nos permite pensar en un sentimiento de limitación que —*más allá de Canguilhem*— no necesariamente se traduce en un juicio de enfermedad. La clínica de la psicosis arroja luz, del mismo modo que ha arrojado luz sobre la alteridad cualitativa de la enfermedad, sobre lo que permanece enmascarado en el ámbito somático porque se da por supuesto: las diferentes formas y condiciones del acto de sentir o decir que estamos enfermos (Troubé, 2011). Si bien no puede decirse, en el ámbito de la enfermedad mental, que la conciencia de enfermedad sea evidente por sí misma, la comprensión de la enfermedad como norma que regula una nueva interacción con el medio sugiere, sin embargo, que no podemos plantear una alternativa simple entre un estado patológico no sujeto a ninguna forma de apropiación por parte del individuo y un juicio de enfermedad comparable al del experto en psiquiatría. Tendríamos que preguntarnos por las formas de apropiación de cierto sentimiento de limitación, de obstáculo o de sufrimiento que no necesariamente pasan por un registro clínico. Especialmente cuando se ha producido un quiebre o una perturbación de los marcos de experiencia dentro de los cuales las nociones mismas de salud y enfermedad cobran sentido.

Podríamos entonces hipotetizar que, para aparecer como una limitación, y por tanto como una norma no normativa con valor patológico, la nueva situación del paciente debe aparecerle como excluyente de las otras posibilidades de las que su condición le priva. No se trataría de una falta de accesibilidad a la conciencia puramente cognitiva, sino del resultado de una alteración existencial en la relación del paciente con el mundo, una relación en la que se interrumpe la apertura a las posibilidades que caracteriza a la normatividad. Goldstein parece ir más allá, explicando la falta de conciencia del trastorno en ciertas patologías neurológicas no por la imposibilidad de que la conciencia lo aprehenda, sino por una reacción biológica normal ante la gravedad del trastorno. Esta exclusión de la conciencia resulta y es parte integrante de la transformación del medio destinada a proteger al paciente de cualquier situación peligrosa que sea fuente de ansiedad y frustración (Goldstein, 1983: 36; Troubé, 2011: 74). El hecho de que el estrechamiento del medio no conduzca a dicha exclusión en todas las enfermedades se debe al alcance de la alteración del organismo en las lesiones frontales. Tal interpretación puede compararse entonces con la reacción delirante en la psicosis, que, en lugar de excluir la conciencia, da lugar a la creación de una nueva realidad en la que las limitaciones y el sufrimiento encuentran justificación y explicación *fuera* del propio paciente.

En las descripciones clínicas, la perplejidad, el asombro y la extrañeza suelen ser elementos importantes en la aparición de la psicosis. Por lo general, esta perplejidad no da lugar a una solicitud de tratamiento. Mientras



que, en la enfermedad somática, el paciente suele poder identificar una serie de síntomas que aclaran su impresión de un cambio en su cuerpo, en la psicosis esta sensación se expresa de forma imprecisa, difícil de atribuir a un elemento aislado, ya sea interno o externo. Quizá algunas de las mejores descripciones provengan de *Diario de una esquizofrénica*, un libro de memorias escrito por Renee, una paciente que describe «una inquietante sensación de irrealidad» como el primer indicio de su psicosis esquizofrénica.

La locura no representaba para mí un estado de enfermedad; yo no me creía enferma. Supuse que sería como un país, opuesto a la realidad, en el cual reinara una luz implacable, cegadora, que no dejara sitio para la sombra. En esta región ilimitada, plana, fría como las estepas del Polo Norte, todo es inmutable, inmóvil, fijo, cristalizado: los objetos parecen maquetas de decoración y están puestos aquí y allá como cubos geométricos que han perdido todo significado; las personas, despojadas de toda naturalidad, con sus movimientos sin objeto y sus gestos extraños son como fantasmas que se mueven desorientados en la llanura infinita agotados por la luz despiadada de la electricidad; allí dentro, aislada, fría, desnuda bajo la luz y separada de todo y de todos por un muro de bronce, me sentía espantosamente sola [...] en la soledad absoluta. Esto era la locura, la iluminación: era la percepción de la irrealidad; era estar en forma permanente en la irrealidad más completa. Yo lo llamaba el «país de la Iluminación» a causa de la luz relampagueante, deslumbrante y fría, astral, y del estado de tensión extrema en que se encontraban todas las cosas, inclusive yo misma (Schehaye, 2008: 132; Sass, 1992: 47-48).

Como podemos ver en la siguiente descripción de la visita de una amiga al hospital, la mutación experiencial que experimenta Renee no implica errores perceptivos graves ni confusión sobre la identidad real de las personas o los objetos, sino algo más sutil e insidioso:

Durante toda la visita de mi amiga intentaba desesperadamente entrar en contacto con ella, sentir que estaba verdaderamente allí, que era una persona viva y sensible. Pero no era nada. Formaba parte de ese mundo irreal. Sin embargo, la reconocía, sabía su nombre y todo lo que la concernía, pero me parecía extraña, irreal, como una estatua; veía sus ojos, su nariz, su boca que hablaba, oía el sonido de su voz, comprendía perfectamente el sentido de sus palabras, y, sin embargo, me sentía frente a una extraña (Schehaye, 2008: 128; Sass, 1992: 47-48).

En otras descripciones de la llamada Irrealidad, Renee hace hincapié en alguna cualidad endeble, falsa o duplicada inherente a las cosas. En esos momentos, los objetos pueden adoptar el aspecto de «accesorios de escenario» o «decorados de cartón», y las personas parecen meras «marionetas»,



«maniqués» o «autómatas», o bien «disfrazadas» de algún modo. Se trata de una atmósfera extraña y enigmática, un estado de ánimo que lo impregna todo y que, sin embargo, escapa casi por completo a toda descripción. El mundo parece ser, en cierto sentido, el mismo. Al menos al principio, no hay ni alucinaciones ni delirios ni un comportamiento desorganizado en un grado significativo. Sin embargo, todo está total y misteriosamente transformado. Mientras que, en la enfermedad somática, el paciente suele poder identificar una serie de síntomas de un cambio en su cuerpo, en la psicosis esta sensación se expresa de forma imprecisa, difícil de atribuir a un elemento aislado, ya sea interno o externo. Esta indeterminación, combinada con el hecho de que es la propia experiencia del mundo y los marcos de esa experiencia los que parecen alterados, puede en cierto sentido hacer comprensible el paso a una explicación delirante, atribuyendo el cambio al mundo mismo más que al funcionamiento interno.

Al describir esta experiencia temprana de la psicosis como un «profundo sentimiento de angustia», Goldstein la vincula intrínsecamente a la imposibilidad de determinar el propio objeto (Goldstein, 1983: 248; Troubé, 2011: 75). En la enfermedad somática es posible distinguir múltiples facetas de la experiencia del paciente y de la actitud que adopta ante su estado: el sentimiento de sufrimiento y limitación, su atribución a una dinámica y a un funcionamiento interno al propio sujeto, la calificación de este estado como patológico y, por último, el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad. La psicopatología nos invita a interrogarnos sobre la base en la que puede surgir cada una de estas facetas, y sobre la transición que lleva de una a otra. La identificación con los síntomas, si bien implica los mismos riesgos de reducción del paciente a su enfermedad que en el campo somático, también puede verse, en la clínica de las psicosis, —*nuevamente más allá de Canguilhem*— como el punto de vista opuesto a las interpretaciones delirantes de estos síntomas. Lo que el delirio explica desde la perspectiva del *ser* (ser perseguido, ser elegido, ser invadido) se convierte, en la construcción del síntoma, en lo que entra en la rúbrica del *tener* (tener alucinaciones, tener ideas negras), pareciendo así restituir una cuota de libertad, una posibilidad para el sujeto de actuar sobre su enfermedad (Troubé, 2011: 77).

Al escollo de reducir al paciente a sus síntomas parece oponerse el escollo de remitir al enfermo a la alteridad radical, a lo impensable y, por tanto, a la ausencia de toda norma. La presencia de numerosos términos contruidos negativamente en la descripción de los síntomas (disociación, abulia, apragmatismo, la alogia que vimos en Artaud), así lo atestigua. Si la construcción de un estatuto de paciente por parte del sujeto puede parecer parte del tratamiento, sólo puede adquirir tal valor si no se reduce a una pura objetivación de la enfermedad por el propio paciente. Así si bien



los pacientes psicóticos suelen negar el carácter patológico de su estado al inicio de la enfermedad, al cabo de cierto tiempo también es frecuente una crítica del delirio y un reconocimiento de la enfermedad que pueden resultar arraigados no en la experiencia subjetiva sino en la simple adhesión al papel de paciente y al discurso de los cuidadores (Troubé, 2011: 78). Tanto la perspectiva fenomenológica como la psicoanalítica son particularmente útiles al respecto porque sitúan el fundamento mismo de cualquier terapia y tratamiento de la psicosis en una elaboración de la experiencia vivida, que no pretende conducir a un reconocimiento de la enfermedad por sí misma, sino identificar las especificidades del ser del paciente en el mundo, o las formas en que organiza su psique.

CONCLUSIÓN

En su crítica a la comprensión *cuantitativa* de los fenómenos patológicos, Canguilhem sitúa al enfermo y su experiencia de la enfermedad en el centro de su concepción. La salud y la enfermedad no existen en sí mismas como *hechos objetivos*, sino que son del orden del *valor*. La medicina y la psiquiatría son asimismo normativas aunque no se reconozcan como tales. La normalidad y la patología aparecen en la relación entre el organismo y su medio. Un medio que el organismo compone activamente. Esto tiene dos consecuencias que habría que explorar más detenidamente. Si ningún rasgo biológico es inherentemente patológico, entonces la referencia a la enfermedad nunca es el cuerpo aislado y cuantificado sino *la relación del organismo con el medio*. En segundo lugar, la distinción entre enfermedad física y mental es problemática ya que el medio humano está formado por fenómenos no sólo vitales, sino también sociales. Es necesario pensar, en este sentido, y con mayor profundidad, la relación entre normatividad vital y normatividad social.

Habría que subrayar asimismo la radicalidad de Canguilhem a la hora de pensar el *criterio de lo patológico* no como la presencia de anomalías ni la desviación de lo considerado normal, sino como la reducción de las posibilidades de interacción del individuo con su medio sentida como la experiencia del sufrimiento y del límite. Con respecto a la psicopatología, los hallazgos de Canguilhem son significativos en tanto que permiten advertir cómo las funciones que se han vuelto patológicas expresan un orden alternativo, que representa un intento por parte del organismo de adaptarse a circunstancias alteradas dentro de su propia organización interna o a un medio que se ha vuelto hostil. Sin embargo, su tesis de que el criterio de lo patológico es la reducción sentida como la experiencia del límite, interroga la diferencia que puede suponer la enfermedad psiquiátrica con respecto a



otras enfermedades. Si bien la prioridad otorgada por Canguilhem al individuo se basa en que es él quien, al experimentar cierto sufrimiento, malestar y limitación llama al médico; en la enfermedad psiquiátrica no puede decirse que, necesariamente, la llamada al médico provenga del paciente. Esto no significa que el sujeto no experimente un sentido de sufrimiento o de limitación, sino que hay que preguntarse cómo se manifiesta. No podemos plantear una alternativa simple entre un estado patológico no sujeto a ninguna forma de apropiación por parte del individuo y un juicio de enfermedad comparable al del médico. Tenemos que preguntarnos por las formas de apropiación del sujeto de cierto sentimiento de limitación, de obstáculo o de sufrimiento, que no necesariamente pasa por el registro medicalizado.

Canguilhem nos brinda un indicio al relacionar el juicio del paciente sobre su afección con el modo en que éstas se le aparecen a través del otro, y nos recuerda que el medio humano está constituido esencialmente por la intersubjetividad, incluso cuando se ha producido un quiebre o una perturbación de los marcos de experiencia intersubjetiva dentro de los cuales las nociones mismas de salud y enfermedad cobran sentido. Hay que explorar con mayor detenimiento el rol de la intersubjetividad en la psicosis incluyendo la relación médico-paciente. Más allá de Canguilhem, sus planteamientos permiten la posibilidad de vislumbrar la patología psíquica como la instauración de una norma propia del sujeto que le permite un modo de ser en el mundo que lo defiende y constriñe al mismo tiempo, y cuyo reconocimiento debe ser la base de cualquier trato, tratamiento o terapéutica.

REFERENCIAS

- ÁLVAREZ, J. M. (2008), *Estudios sobre la psicosis*, Buenos Aires: Grama.
- ARTAUD, A. (1976), *Selected Writings*, Nueva York: Farrar, Straus and Giroux.
- CANGUILHEM, G. (2000), *A vital rationalist: Selected writings*, Nueva York: Zone Books.
- (2008), *Knowledge of Life*, Nueva York: Fordham UP, 2008.
- (2009), *Lo normal y lo patológico*, México: Siglo XXI.
- COLINA, F. (2001), *El saber delirante*, Madrid: Síntesis.
- DECAROLI, S. (2021), «Foucault's Milieu», *Ex-position* 45, pp.117-140.
- GANE M. (1998). «Canguilhem and the Problem of Pathology», *Economy & Society* 27 (2-3): 298-312.
- FOUCAULT, M. (2003), *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- GAYON, J. (1998), «The Concept of Individuality in Canguilhem's Philosophy of Biology», *Journal of the History of Biology* 31, pp. 305-325.
- GRECO, M. (1998), «Between social and organic norms: reading Canguilhem and "somatization"», *Economy and Society*, 27(2-3): 234-248.



- GOLDSTEIN, K. (1983), *La Structure de l'organisme*, Paris : Gallimard.
- HAN, C. & DAS, V. (2016). «Introduction: A concept note», en Veena Das y Clara Han (eds.), *Living and Dying in the Contemporary World A Compendium*, Oakland: University of California Press: 1-38.
- KRUSE LJUNGDAHL, A (2020) «The Epistemological Potential of the Pathological» en Pierre- Olivier Méthot (ed.) *Vital Norms: Canguilhem's The Normal and the Pathological in the Twenty-First Century*. Paris: Hermann: 333-363.
- LOCK, M. & VINH KIM N. (2010), *Anthropology of Biomedicine*, Oxford: Wiley Blackwell.
- MARGREE, V. (2002). «Normal and Abnormal: Georges Canguilhem and the Question of Mental Pathology», *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 9 (4): 299-312.
- MOE FREDRIK D & DE CUZZANI, P. (2024). «The normativity in psychiatric nosology. An analysis of how the DSM-5's psychopathology conceptualisation can be integrated», *Philosophical Psychology*, 37 (3): 707-732.
- SASS, L. (1992). *Madness and Modernism*, Nueva York: Basic Books.
- SCHEHAYE, M. (2008). *La realización simbólica y diario de una esquizofrénica*, México: Fondo de Cultura Económica.
- TRAN THE, J. (2018). «The Continuum between Normal and Pathological in Psychopathology», *Research in Psychoanalysis* 26 (2): 154-163.
- TROUBÉ, S. (2010), «Penser l'être malade : Canguilhem et la psychopathologie», *Cahier Philosophiques* 125 (2) : 64-79.
- VER ECKE, W. & GRADY, J. (1999). «The Subjective Experience of the Person with Schizophrenia: Louis Sass's Contribution», *The Personalist Forum* 15 (2): 320-333.



LA APORÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUE¹

FRANCISCO ROMERO MARTÍN

Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Madrid

ORCID: 0000-0003-1862-7525

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la cuestión de la «salud mental» ha adquirido una notable presencia en el discurso público. No hay ámbito de la sociedad en el que no se mencione: en los medios de comunicación, en las redes sociales, en los *podcasts*, en el escenario político, en los espacios académicos e incluso en las conversaciones más triviales. De hecho, hasta se ha convertido en un tema recurrente para liderar campañas de diferentes índoles². La alta tasa de suicidios, los numerosos diagnósticos de «trastornos mentales», el elevado consumo de psicofármacos y el evidente y generalizado malestar psíquico de la sociedad, podrían ser potenciales causas del foco de atención sobre este fenómeno. Y es que, en efecto, vivimos en un contexto donde la ansiedad, la depresión y otros padecimientos psíquicos se han convertido en *experiencias* cada vez más comunes, hasta el punto de ser consideradas por algunos como el reflejo de una crisis ontológica (Sáez, 2015; 2021). Razón por la cual, la salud mental no es sólo una preocupación individual, sino que es una cuestión social que exige un abordaje profundo. Sin embargo, pese a la diversidad de voces que participan sobre esta cuestión, prácticamente todos los discursos dominantes comparten una misma perspectiva científica, objetivista o, si se prefiere, positivista. Las psiquiatrías, las neurociencias y las psicologías han asumido un papel preponderante en la definición de

1. Este trabajo se ha desarrollado en el marco de un contrato predoctoral FPU en la UNED financiado por el Ministerio de Universidades de España (FPU21/00053).

2. Un ejemplo de ello fue la campaña *#ReachOut*, donde la FIFA y la OMS colaboraron con el objetivo de lograr «sensibilizar sobre los síntomas de los problemas de salud mental, animar a las personas afectadas a buscar ayuda y a dar pasos cada día para mejorar la salud psicológica». Véase: FIFA. (2021)



lo que se considera «salud» o «enfermedad mental», estableciendo criterios diagnósticos, protocolos terapéuticos y clasificaciones que pretenden ofrecer una explicación sistemática y universal del sufrimiento psíquico. Un enfoque que, sustentado principalmente en la medición y categorización de los «trastornos mentales», tiende a objetivar la experiencia subjetiva. En el caso de las psiquiatrías y las neurociencias, esta concepción suele estar atravesada por un modelo biologicista y funcional, lo que contribuye a legitimar ciertas intervenciones médicas y farmacológicas como las respuestas más adecuadas a este tipo de padecimientos. Por su parte, algunas corrientes psicológicas, aunque no necesariamente biologicistas, también han participado en la estandarización del sufrimiento psíquico, ya sea a través de modelos cognitivos, conductuales o biopsicosociales. Enfoques terapéuticos que, en definitiva, están orientados a la adaptación y la normalización de la conducta.

No obstante, la cuestión que nos acucia es si dichas perspectivas hegemónicas agotarían el fenómeno o no, es decir, ¿es la salud mental un problema cuyo abordaje solo está legitimado únicamente por este tipo de discursos que, de un modo u otro, comprenden la salud mental como un hecho?, ¿o es, más bien, un fenómeno cuyas principales raíces crecen desde el terreno de la subjetividad? En otras palabras, ¿es la salud mental un hecho o un valor?

En este trabajo no pretendemos deslegitimar todos estos discursos atravesados por la perspectiva positivista y gnoseológica dominante, sino, al menos, cuestionar estas visiones hegemónicas y argumentar que lo que llamamos salud mental no es un hecho en el sentido de una realidad objetiva y universalmente constatable, sino un valor, ya que su definición y sus criterios de delimitación dependen de construcciones culturales, históricas y normativas que remiten al orden de la subjetividad humana. En este sentido, argumentaremos que la salud mental no puede ser entendida como una entidad dada o, si se prefiere, como un *hecho representable* y objetivo. Para fundamentar esta crítica, nos apoyaremos principalmente en las reflexiones del filósofo Luis Sáez y el psiquiatra Fernando Colina, quienes, desde enfoques distintos, han señalado los límites y riesgos de una concepción positivista de la salud mental, destacando su dimensión ontológica y subjetiva, respectivamente. A lo largo de este análisis, buscaremos demostrar que la salud mental no es un estado objetivamente medible, sino una construcción que depende de juicios de valor y marcos interpretativos, los cuales varían según los contextos y las subjetividades involucradas.

ENTRE EL DESCRIPTIVISMO Y EL NORMATIVISMO

A pesar de que desde hace años las psiquiatrías, las psicologías y las neurociencias son las principales disciplinas que ostentan el «poder» para



determinar qué ha de considerarse salud o enfermedad mental, dicho asunto no ha permanecido ajeno a la reflexión filosófica. Multitud de autores han trabajado esta cuestión, deliberando los supuestos sobre los que se asentarían las definiciones de lo «normal» y lo «patológico». Y es que, ciertamente, lejos de ser meros conceptos técnicos o clínicos, la salud mental involucra cuestiones epistemológicas, éticas y políticas que han sido objeto de interesantes debates en el pensamiento filosófico en los últimos años. No obstante, como señalan las editoras de la obra *Filosofía de la medicina*, las principales discusiones filosóficas sobre este asunto han oscilado siempre entre una comprensión naturalista-descriptivista y una nominalista-normativista (2022: 7).

Uno de los principales autores de la línea más naturalista sería el norteamericano Christopher Boorse, quien a partir de su *Teoría Bioestadística de la Salud* define a esta última como la capacidad funcional normal de una persona, es decir, la disposición para desempeñar todas sus funciones normales (2014: 684). Una normalidad que, por supuesto, viene determinada por la estadística, que según el autor estaría libre de cualquier juicio de valor en tanto que empírica y objetiva. Un enfoque que respaldaría, por tanto, la idea de que la salud mental puede entenderse como un *hecho objetivo* y, en consecuencia, susceptible de evaluación mediante criterios universales. Visto desde su anverso, lo que comúnmente llamamos enfermedad mental podría ser caracterizada en términos de disfunción biológica, pudiéndose establecer, en consecuencia, *condiciones necesarias y suficientes* ancladas en lo fisiológico. Por el contrario, este tipo de comprensión sería cuestionada por la corriente más normativista, que en líneas generales consideraría que «no hay condiciones necesarias ni suficientes que caractericen los padecimientos, y que siempre hay valores individuales que contribuyen de manera significativa a su caracterización» (Aliseda, Calderón & Villanueva, 2022: 7). Una perspectiva en la que podríamos incluir a autores como Georges Canguilhem, David Cooper o Lennart Nordenfelt. Este último, por ejemplo, aboga por comprender la salud a partir de su célebre *Teoría Holística*, bajo la cual dicho fenómeno quedaría determinado fundamentalmente en términos de poseer las capacidades o habilidades para llevar a cabo las metas o proyectos personales de una persona. Como él mismo sostiene, «la discapacidad es una noción negativa que presupone el contenido semántico de su contrario positivo, la capacidad. Esto otorga al análisis de la capacidad un lugar primordial en mi teoría de la salud» (Nordenfelt, 2001: 67).

De acuerdo con su planteamiento, una persona debe ser considerada saludable si ella cuenta con determinadas capacidades que le permiten alcanzar una meta vital determinada (y no arbitraria). En este sentido, Nordenfelt define la habilidad como una característica que debe ser evaluada con relación



a tres aspectos: al agente en cuestión, a su meta (o metas) respectiva y a las circunstancias en las que aquel agente actúa. [...] De este modo, la salud es interpretada como un requisito fundamental para tener una vida satisfactoria, es decir, para alcanzar una buena vida. [Por tanto], una enfermedad no implica un defecto anatómico del cuerpo «normal» como en el caso de la teoría de Boorse, sino que lo realmente determinante debe ser la presencia de una situación percibida como problemática (Aurenque, 2018: 446-247).

En cualquier caso, aunque habría diferencias entre los distintos planteamientos más normativistas, a grandes rasgos todos compartirían la premisa común de que tanto la salud como la enfermedad —o si se prefiere, lo normal y lo patológico— son conceptos cuya definición siempre está atravesada por la influencia de normas sociales y culturales, es decir, que la delimitación de ambos conceptos no es un *hecho neutro*, sino que está mediada por valores y convenciones. Por tanto, y atendiendo a la perspectiva normativista, podríamos sostener que tanto la salud como la enfermedad son términos cuya definición puede estar mediatizada por intereses específicos, como podrían ser políticos o económicos. Un claro ejemplo que apoyaría esta premisa bien lo podemos encontrar en la definición de salud mental ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que afirma que se trata de un «estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede manejar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad», siendo además, por consiguiente, un factor primordial «para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico» (OMS, 2022).

Pues bien, situados en mitad de este escenario de discusión claramente polarizado, nuestra postura sería partidaria de situarse en la línea más normativista, por cuanto no entendemos la salud mental como una realidad objetiva e independiente de los valores, sino como una construcción social mediada siempre por determinadas *fuerzas*, bien sean históricas, políticas o culturales. Un claro ejemplo de ello lo encontramos en la despatologización de la homosexualidad, que hasta 1973 figuraba en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) como algo anormal, patológico o enfermo. Sin embargo, su eliminación de la lista de trastornos no se debió a ningún descubrimiento científico que demostrara su «normalidad biológica», sino a un proceso de lucha social y cambios en las normas culturales sobre la sexualidad. La decisión de retirar la homosexualidad del DSM generó una fuerte división dentro de la comunidad psiquiátrica. Si bien muchos miembros de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) apoyaron la medida, otros la consideraron una decisión apresurada, impulsada más por la presión política que por la evidencia científica (Baughey-Gill, 2011). De hecho, la activista Barbara Gittings, quien participó en el debate previo



a la decisión, reconoció que «nunca fue una decisión médica... por eso creo que la acción se tomó tan rápido» (ib.: 13). Para responder a la controversia, la APA sometió la decisión a votación en 1974, y el 58% de sus miembros votó a favor de mantener la eliminación de la homosexualidad como un trastorno clínico (ib.: 14). No obstante, en un intento de apaciguar a quienes se oponían a dicha decisión, se introdujo en el DSM-II la categoría de *Trastorno de la Orientación Sexual*, considerando la homosexualidad como un problema solo si la persona estaba «perturbada por, en conflicto con o deseaba cambiar su orientación sexual» (ib.: 14). Posteriormente, en 1980, el DSM-III reformuló esta categoría bajo el término de *Homosexualidad Ego Distónica*, aunque finalmente —tras más de 14 años de disputa—, dicha categoría fue eliminada en la posterior revisión de 1987, desapareciendo finalmente del DSM como algo patológico. Empero, a pesar de la eliminación progresiva de la homosexualidad en dicho manual, el estigma persistió en el ámbito médico y social. Como señalan Kris Morgan y Rebeca Nerison, determinados estudios realizados en la década de 1980 mostraron que un tercio de los profesionales de la salud mental aún mantenía actitudes negativas hacia los homosexuales, y la crisis del SIDA solo agravó este rechazo (Morgan & Nerison, 1993). En cualquier caso, esta despatologización no tuvo un impacto inmediato a nivel global, ya que la Organización Mundial de la Salud no eliminó la homosexualidad de su *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) hasta 1992 (Drescher & Merlino, 2007; Baughey-Gill, 2011: 14). En definitiva, este proceso evidencia que la inclusión y posterior eliminación de la homosexualidad como un trastorno mental —en uno de los principales manuales psiquiátricos junto con la CIE—, no fue producto de una evolución científica neutral, como podría señalar Boorse, sino de disputas políticas, cambios culturales y luchas sociales por el reconocimiento y la aceptación de la diversidad sexual.

Este caso ilustra claramente cómo los criterios de salud mental no son estáticos ni objetivos, sino que evolucionan en función de debates y tensiones ideológicas. Como señalan Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, estos cambios pueden estar motivados principalmente por ciertas demandas que surgen a raíz de transformaciones sociales, la búsqueda y exigencia de una mejor calidad de vida y en la enorme y creciente medicalización de la vida ordinaria (2014: 66).

De hecho, hay una tendencia errónea por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el marketing de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes. No deja de ser significativo, por ejemplo, que la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y que la actual (DSM-5, 2013) recoja 216 (Sandín, 2013). Con cada nueva edición los posibles



trastornos mentales siempre aumentan, pero nunca se reducen. No parece razonable pensar que en el plazo de 60 años los trastornos mentales se hayan multiplicado por dos (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). Por ello, hay que estar precavido ante la ampliación de supuestos nuevos diagnósticos clínicos que incorpora el DSM-5 (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014: 66).

En la obra *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo* (Carreño & Matilla: 2018) podemos acceder a una excelente investigación que rastrea con gran detalle —entre otras cosas— la historia, los orígenes, la evolución y los entramados en la confección de las distintas ediciones del célebre DSM. Una evolución que estos autores no dudan en calificar de manipulada por intereses allende la preocupación del bienestar de las personas. Pues con cada nueva edición, no sólo se ha ido aumentando progresivamente el número de trastornos mentales, sino que éstos siempre iban acompañados, casualmente, del lanzamiento al mercado de nuevos psicofármacos para tratarlos. En cualquier caso, Carreño y Matilla califican a este manual como carente de todo aquello que podríamos considerar *rigor científico*, pues representa a la perfección «un planteamiento que semeja ser científico cuando, en realidad, carece de todo fundamento. Es más bien una «pseudociencia», pues basa sus afirmaciones en un método poco riguroso» (2018: 120-121). En otras palabras, no se trataría de un trabajo genuinamente científico, sino de una construcción que, bajo la apariencia de objetividad, encubre valoraciones e intereses ideológicos. Así, más que un reflejo del conocimiento científico, el manual sería una manifestación del *cientificismo*, donde la autoridad de la ciencia se utiliza para legitimar decisiones tomadas de manera arbitraria y basadas en acuerdos contingentes más que en fundamentos objetivos. Más aún, en su mencionado texto recogen la controvertida denuncia de Renee Garfinkel, quien, tras participar como miembro del comité de asesoramiento del DSM, aseguró que la clasificación y definición de los trastornos mentales se elegían con un nivel de esfuerzo intelectual prácticamente nulo, semejante a la reunión de varios amigos decidiendo a qué restaurante podrían ir a cenar (ib.: 122).

Visto lo anterior, estaríamos aún más convencidos de reafirmar una postura normativa para afrontar el asunto de la salud mental. Es cierto que en mitad de estos dos principales escenarios filosóficos encontraríamos una forma intermedia de comprender el fenómeno en cuestión, como es el caso de la propuesta de Jerome Wakefield, quien con su modelo de *disfunción dañina*, «caracteriza una condición como un trastorno cuando satisface criterios de corte naturalista (hay una disfunción en un órgano o parte del cuerpo), pero también valores individuales (afecta el bienestar del paciente)» (Aliseda, Calderón & Villanueva, 2022: 7). Es decir, una propuesta híbrida entre el naturalismo y el normativismo y, en consecuencia,



partidaria de definir el binomio salud-enfermedad teniendo en cuenta tanto los factores biológicos como los valorativos. No obstante, si bien la perspectiva normativista nos ofrece valiosas herramientas para cuestionar el paradigma más objetivista, consideramos que aún resulta insuficiente para dar respuesta a nuestras inquietudes. Pues, en efecto, aunque podamos defender a partir de ella que la salud mental no es una cuestión de hechos, sino de valores, seguimos topándonos con una misma dinámica problemática. Una dinámica de comprensión que, por otro lado, estaría presente en cualquiera de las perspectivas situadas entre los dos extremos compuestos por el descriptivismo y el normativismo, a saber: el hecho de asumir que la salud mental puede ser categorizada dentro de un esquema binario. En otras palabras, sea cual sea la perspectiva filosófica empleada, incluso en aquellas más normativas que sostienen el carácter valorativo que subyace al concepto de salud mental, siempre se halla una dicotomía que, por muy democrática que pudiera ser, distingue y establece unos límites entre lo que es normal y lo que no. Asunto que, desde nuestra modesta opinión, se debe principalmente a la ausencia de un pensamiento más profundo y, por tanto, anterior a esta dicotomía problemática. Es decir, un pensamiento ontológico. Y es aquí donde entran en juego las reflexiones de filósofo Luis Sáez y el psiquiatra Fernando Colina, cuyos planteamientos nos permitirán repensar la salud mental desde una óptica radicalmente distinta, hasta el punto de comprenderla como un concepto vacío, aporético y, por tanto, innecesario.

UN ACERCAMIENTO ONTOLÓGICO A LA CUESTIÓN

Fuertemente inspirado en el pensamiento de Nietzsche, Heidegger, Deleuze y Simondon, entre otros, Luis Sáez ha desarrollado una particular *filosofía del sentido y potencia*. Desde esta perspectiva, propone una comprensión de la salud mental que se enmarca en una dimensión ontológica y, por tanto, más amplia. Por ello, exploraremos cómo Sáez concibe la salud mental a partir de su filosofía y qué implicaciones se derivan de esta mirada.

En su texto *Enfermedades de Occidente* (2011), el profesor de Granada aborda el asunto que aquí nos incumbe. De su interesante desarrollo, podríamos afirmar que lo central recae en el cuestionamiento del modelo binario tradicional que establece siempre —como ya denunciábamos anteriormente— una separación entre la salud y la enfermedad. Un cuestionamiento cuyo fin no es otro que lograr argumentar filosóficamente que desde una óptica anterior a dicha distinción problemática, es decir, desde una perspectiva ontológica, tal dicotomía es un error por cuanto, como veremos



en lo que sigue, ambos conceptos irían siempre unidos hasta el punto de no poder ser diferenciados.

Sin embargo, antes de abordar el asunto, nuestro autor nos advierte de la importancia que tiene para su desarrollo desechar el término «mental» y recuperar el término griego de *psique*. En coherencia con Ordóñez,

el uso indistinto de «mente» y «psique» ha de llamarnos la atención, ya que «mente» es un término latino, mientras que «psique» es un término griego. Si acudimos a la RAE, [...] por «mente» se entiende: “Conjunto de actividades y procesos psíquicos conscientes e inconscientes, especialmente de carácter cognitivo”. Sin embargo, [...] el término [psique] se encuentra enmarcado en la filosofía y significa «alma (principio de vida)». De «psique» sabemos que establece una diferencia respecto a «soma», mientras que la «mente» cifra su diferencia con respecto al «cuerpo». De forma que la relación originaria es la que se da entre «psique» y «soma», frente a la segunda, que es el resultado de una interpretación latina de la griega, o lo que es lo mismo, la cultura latina asumió el «hecho» de esos dos términos y se limitó a «traducirlos» (2023: 139-140).

En cambio, aunque ambos autores suscriben la necesidad de recuperar el término griego, Sáez pone el foco de atención en el vínculo que éste mantiene con *el espíritu*, en tanto que condición humana como un *ser con entendimiento*. De manera que «lo psíquico se identifica con lo más genérico, con la vida misma», es decir, que «la vida del hombre es psíquica, lo que quiere decir que es vida que comprende y que se comprende implícitamente, vida que se experimenta a sí misma» (Sáez, 2011: 73). Y es a partir de lo anterior cómo nuestro autor comprenderá que la salud no es un estado derivado de la vida, sino la vida misma en su propio *devenir*. Idea que, por otra parte, formula a partir de Gadamer cuando afirma que «la salud es ser-ahí (Dasein), un estar en el mundo, un estar con-la-gente» (2001: 128); en este sentido, «coincidiendo con lo que nos acontece de modo más ordinario, [la salud] pasa desapercibida, en estado oculto: se repara en ella sólo cuando experimentamos que “algo va mal”» (Sáez, 2011: 74). Con este «algo va mal», nuestro autor se estaría refiriendo a la enfermedad, que en su esencia no es un estado contrario a la salud, sino —y en coherencia con lo anterior— un debilitamiento de la vida en su propio *devenir*.

En este punto de su planteamiento, Sáez recurre al pensamiento de Nietzsche. En su *Genealogía de la Moral*, el padre del Zaratustra se cuestiona lo siguiente:

¿De qué depende aquella condición enfermiza? Pues el hombre está más enfermo, es más inseguro, más alterable, más indeterminado que ningún otro animal, no hay duda de ello, —él es *el* animal enfermo: ¿de dónde



procede esto? Es verdad que también él ha osado, innovado, desafiado, afrontado el destino más que todos los demás animales juntos: él, el gran experimentador consigo mismo, el insatisfecho, insaciado, el que disputa el dominio último a animales, naturaleza y dioses, —él, el siempre invicto todavía, el eternamente futuro, el que no encuentra ya reposo alguno ante su propia fuerza acosante, de modo que su futuro le roe implacablemente, como un aguijón en la carne de todo presente: ¿cómo este valiente y rico animal no iba a ser también el más expuesto al peligro, el más duradero y hondamente enfermo entre todos los animales enfermos?... Muy a menudo el hombre se harta, hay epidemias enteras de ese estar-harto [...] pero aun esa náusea, ese cansancio, ese hastío de sí mismo todo aparece tan poderoso en él, que en seguida vuelve a convertirse en un nuevo grillete. El no que el hombre dice a la vida saca a la luz [...] una muchedumbre de síes más delicados; más aún, cuando se *produce una herida* a sí mismo este maestro de la destrucción, de la autodestrucción, a continuación es la herida misma la que le constriñe *a vivir*... (Nietzsche, 2005: 156-157).

Justamente, Sáez encuentra en las palabras de Nietzsche el punto de apoyo que, en línea con su argumentación, le permitiría enfatizar que la vida no puede ser reducida al mero instinto animal de autoconservación, sino que es, antes que nada y fundamentalmente, «voluntad de poder, es decir, crecimiento y expansión, autosuperación» (Sáez, 2011: 74). Por tanto, según nuestro autor, la enfermedad puede ser comprendida como un proceso de «depotenciación de la vida», un «desasimiento», por cuanto es la vida misma que en su autoexpansión crecería alejándose —paradójicamente— del crecimiento mismo. Pero este alejarse del autocrecimiento propio de la vida no consiste en una suerte de pérdida de habilidad, como podría afirmar Nordenfelt, sino que se trata de un *contradicción existencial*; «es, más que una distorsión por factores extrínsecos, un falseamiento interno que la obliga [a la vida] a ser sólo en cuanto apócrifa, una *ficcionalización de sí*» (Ib.: 76). Por tanto, desde esta perspectiva ontológica, la enfermedad no debe entenderse como una anomalía dentro de la normalidad, sino como *una forma de vida* que se experimenta a sí misma en su impropiedad, por decirlo con Heidegger. En otros términos, la enfermedad no es la ausencia de salud, sino un fenómeno aporético, pues no es más que «la salud, es decir, la vida, teniendo lugar bajo la forma de aquello que no quiere» (ib.: 77). En consecuencia, para el pensador de Granada las patologías mentales — como todo aquello considerado como trastorno, enfermo o anormal — no pueden reducirse a una desviación de ninguna supuesta «sana normalidad», sino que implican «la pérdida de la posibilidad vital en cuanto tal para discurrir por cauces diferentes, en la im-posibilidad misma, que incluye la imposibilidad para elegir entre lo venerado como “normal” y lo estigmatizado como “anormal”» (ib.: 77).



Así las cosas, Luis Sáez nos ofrece una comprensión anterior y más profunda a todas aquellas discusiones analizadas anteriormente. Una visión ontológica que nos permitiría observar que la salud mental es un *concepto vacío* y que, quizás por ello, siempre es comprendido desde una visión óptica y dicotómica, estableciendo una errada separación —bien desde una visión fisiológica, psicológica, descriptivista o normativista— entre «lo sano» y «lo enfermo». Pues, en sus propias palabras, la salud es la vida en su desarrollo pleno e intenso y la enfermedad, por su parte, *una forma de vida* que se repliega sobre sí misma, limitando su propio crecimiento. Unos planteamientos que, no sólo suscribimos, sino que consideramos que guardarían una interesante relación con las tesis defendidas por el psiquiatra Fernando Colina.

Colina, al igual que Luis Sáez, no solo cuestiona las categorías tradicionales de la psiquiatría, como el mencionado binarismo entre lo normal y lo patológico³, sino que rechaza radicalmente la noción misma de *enfermedad mental*. Su postura crítica se extiende a la manera en que la psiquiatría impone una determinada visión de la subjetividad en quienes sufren, exigiéndoles que asuman su padecimiento bajo el marco conceptual de la enfermedad. En este sentido, Colina denuncia especialmente el concepto de «conciencia de enfermedad», una herramienta mediante la cual la psiquiatría refuerza la idea de que el sufrimiento psíquico debe ser entendido y asumido como una patología es decir, como una enfermedad. Como él mismo afirma:

Lo que habitualmente llamamos conciencia de enfermedad no suele ser más que una muestra del sometimiento mental que exigimos a los pacientes [...] En sí mismo es un término aborrecible que debería ser suprimido de la jerga clínica por simple higiene profesional. Nadie debería valorar bajo ese concepto [...] porque no hace nada más que disfrazar la realidad y alienar [al paciente] [...]. Superpone gratuitamente nuestra alienación a la suya por un simple prurito de verdad [...]. Un propósito infame, por consiguiente, que oculta la intención de someter al loco [o al sufriente que demanda ayuda], adoctrinarlo y atribuir cuanto le sucede a una causalidad biológica última, o a lo sumo a esa pamema bio-psico-social con la que se pretende engalanar artificialmente un pensamiento restrictivo y simple que no da de sí mucho más (Colina, 2021: 74-75).

Por ello, para nuestro psiquiatra lo que comúnmente llamamos «trastornos mentales» —como todo aquello considerado como enfermo— no

3. Como afirman Martín y Colina, «rechazamos la tendencia actual a calificar de normal o patológico el sufrimiento. Nos limitamos a acercarnos al individuo» (2022: 190).



son en realidad más que *formas diversas en las que se manifiesta cómo las personas afrontan los problemas de la vida en su propio devenir y el sufrimiento inherente a ella*. Así, desde esta perspectiva, los síntomas no son signos de un mal funcionamiento del individuo, sino expresiones de dichos conflictos que todo ser humano siempre padece, y que se articula y expresa, fundamentalmente, en el *deseo*, la *identidad*, el *lenguaje*, las *relaciones*, la *angustia* y los *síntomas* (Martin & Colina, 2022).

Aunque pudiera parecer que se trata de un planteamiento tradicionalmente denominado antipsiquiátrico, Colina no aboga por la eliminación de la clínica, sino por una reformulación más «democrática» tanto de sus habituales prácticas como de su teoría dominante. Por ello, una de sus principales denuncias es que el papel del psiquiatra no debe reducirse a la simple asignación de diagnósticos que, lejos de acercarnos a la comprensión del sufrimiento, resultan estériles para brindar una verdadera ayuda. En su lugar, aboga por un acompañamiento basado en *la escucha, el cuidado, la comprensión y el apoyo*. No obstante, a pesar de su postura crítica contra el modelo gnoseológico vigente, reconoce que es necesario contar con ciertas referencias teóricas que permitan orientar la práctica clínica. Y aquí es donde reside el punto central que queremos destacar, pues en este sentido propone una «clasificación» que no responde a la lógica gnoseológica tradicional, sino que pretende servir como una mera orientación para facilitar el acercamiento a las diferentes maneras en que las personas vivencian su sufrimiento. En definitiva, una orientación que, alejada de los diagnósticos, permitiría facilitar acercarnos y conocer mejor al que sufre. Es así como, tanto él como la psiquiatra Laura Martín, han empleado el término de «configuración subjetiva» o, si se prefiere, «experiencias subjetivas». Configuraciones que atendiendo a los fenómenos a partir de los cuales se articulan y expresan —mencionados anteriormente—, dividen en tres grupos: la *psicosis*, la *del límite* y la *neurosis* (Martin & Colina: 2022).

Lo interesante de esta propuesta es que estas *configuraciones subjetivas* no deben confundirse con categorías fijas ni con delimitaciones estrictas, como si se trataran de diagnósticos clínicos, sino que simplemente son *espacios interconectados* que reflejarían distintas *formas de vivir*, subjetivarse y experimentar. Así, una persona puede transitar de un espacio a otro, incluso compartir rasgos característicos de varios de ellos sin quedar confinada exclusivamente a una única dimensión. Son, por decirlo con Heidegger, modos de *estar-en-el-mundo* (2016). En otros términos, se tratan de distintos espacios por los que la subjetividad humana puede deambular y *fluir*, sin estar fijada de manera definitiva, sino siempre abierta a una transformación que, como señaló Sáez, es ontológicamente constitutiva de nuestro ser. No obstante, esto no implica que todas las personas transiten necesariamente



entre estos espacios: algunas pueden permanecer durante toda su vida en uno de los polos, mientras que otras pueden situarse en un punto intermedio, es decir, en los intersticios que existen entre ellos. Lo fundamental es comprender que, independientemente de la posición que se ocupe, es decir, del espacio en el que uno se encuentre, ninguno de ellos debe entenderse como una enfermedad. Existen personas con subjetividades diversas, únicas y plurales, y el propio *devenir de la vida* puede llevarnos a experimentar la realidad de maneras singulares, como habitar la melancolía o incluso escuchar voces en nuestro interior. Son vivencias que, si bien pueden ir acompañadas de un profundo y angustiante malestar, no por ello deben considerarse enfermedades o trastornos mentales.

Por consiguiente, podemos extraer de su propuesta que la salud mental no solo es un valor que depende fundamentalmente de la subjetividad del individuo, sino que es un concepto vacío que ni dice ni apunta a nada. Por ello, se nos antoja más oportuno desechar dicho término y emplear el de *equilibrio o estabilidad existencial*. Y que cuando la vida misma se depotencia y su autoexpansión y crecimiento constitutivo se aleja de sí misma, uno no enferma, sino que su *equilibrio existencial* se descompensa por un malestar.

CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo, hemos explorado la noción de salud mental investigando si es un fenómeno del orden de los hechos o de los valores. Iniciamos nuestro recorrido analizando los debates filosóficos en torno a la salud mental, donde identificamos principalmente dos perspectivas dominantes: la normativista, que define la salud en función de valores sociales y culturales, y la naturalista o descriptivista, que la concibe como una desviación de un funcionamiento biológico o psicológico considerado estándar. Sin embargo, observamos que ambas perspectivas, aunque distintas en sus fundamentos, coinciden en sostener un modelo dicotómico que contraponen siempre lo normal y lo patológico.

Frente a este paradigma, nos adentramos en la propuesta de Luis Sáez, quien desafía esta distinción tradicional y nos invita a comprender la salud como *la vida misma en su devenir*. Desde esta óptica ontológica, la enfermedad no es un estado opuesto a la salud, sino una *forma de vida* que se repliega sobre sí misma, un *desasimiento* en su propia autoexpansión. De este modo, lo que comúnmente llamamos enfermedad mental no es una anomalía dentro de la normalidad, sino una manifestación de la existencia en su propio proceso de continua autotransformación.

Posteriormente, y vinculándolo con las tesis de Luis Sáez, analizamos la perspectiva de Fernando Colina, quien también rechaza las categorías



rígidas de la psiquiatría tradicional y propone entender lo que llamamos «trastornos mentales» no como entidades objetivas, sino como «configuraciones subjetivas» que expresan diferentes maneras en que los individuos afrontan su sufrimiento y su relación con el mundo. Un enfoque que nos permite superar la visión reduccionista y gnoseológico-clasificatoria de la psiquiatría convencional, enfatizando la importancia de la escucha, la comprensión y el acompañamiento, en lugar de la mera asignación de diagnósticos.

De este modo, con Sáez y Colina llegamos a la conclusión de que el concepto de salud mental es problemático y vacío en sí mismo, pues siempre parte de una base dicotómica que no se sostendría ontológicamente. Por ello, en lugar de recurrir a esta noción, encontramos más adecuado hablar de una suerte de «estabilidad existencial», entendida no como un estado fijo, definitivo o absoluto, sino como *la búsqueda siempre inacabada* de cierto equilibrio dentro del incesante *devenir de la vida*. Pues, ciertamente, la vida nunca es estable en términos absolutos, sino que es un *puro devenir*, una continua interrelación de fuerzas allende nuestra voluntad que se autoafectan mutuamente, posibilitando momentos de mayor o menor estabilidad en nuestra existencia. Así, lo que solemos llamar «malestar» no sería más que la experiencia de una «desestabilización existencial» propia del *devenir de la vida*. Pero lejos de ser algo negativo en sí mismo, esto que hemos nombrado «desestabilización existencial» puede ser la condición de posibilidad para nuevas *formas de vida*, tal y como sugeriría Nietzsche al pensar *la crisis* como un espacio de transformación y potencia; el «no» que el hombre dice a la vida saca siempre a la luz una muchedumbre de síes más delicados, pues cuando se produce una herida, a continuación es la herida misma la que le constriñe a vivir (Nietzsche, 2005: 157).

En definitiva, «la salud y la enfermedad están más allá del bien y del mal en un sentido filosófico, más allá de lo correcto e incorrecto, de lo social y lo insocial, de lo que se ajusta a una «norma» cualquiera y de lo que diverge respecto a ella» (Sáez, 2011: 76). *La salud es vida y la enfermedad es la vida misma depotenciada en un desasimiento* y, en consecuencia, no habría cabida para clasificaciones binarias —y mucho menos objetivistas— que hablaran y separasen entre la salud y la enfermedad mental.

REFERENCIAS

- ALISEDA, A., CALDERÓN, C., & VILLANUEVA, M. (2022). *Filosofía de la medicina. Discusiones y aportaciones desde México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.: APA.



- AURENQUE, D. (2018). «El hombre como “el animal enfermo”: sobre el significado de salud y enfermedad en la antropología crítica de Nietzsche». *Revista Valenciana*, nº 21: 235-255.
- BAUGHEY-GILL, S. (2011). «When Gay Was Not Okay with the APA: A Historical Overview of Homosexuality and its Status as Mental Disorder». *Occam's Razor*, vol. 1, nº 2.
- BOORSE, C. (1977). «Health as a Theoretical Concept». *Philosophy of Science*, nº 44: 542-573.
- (2014). «A second rebuttal on health». *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 39: 683-724.
- CARREÑO, J. & MATILLA, K. (2018). *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo. Otra mirada sobre las verdades de las psiquiatrías y las psicologías*. Barcelona: Xoroi Edicions.
- COLINA, F. (2021). *Sobre la locura*. Madrid: Editorial La Revolución Delirante.
- DRESCHER, J., & MERLINO, J. (Eds.). (2007). *American psychiatry and homosexuality: An oral history*. New York: Harrington Park Press.
- ECHEBURÚA, E., SALABERRÍA, K. & CRUZ-SÁEZ, M. (2014). «Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica». *Terapia Psicológica*, vol. 32, nº 1: 65-74.
- EZAMA, E., ALONSO, Y., & FONTANIL, Y. (2010). «Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología». *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 10: 293-314.
- FIFA. (2021). «#Reachout: una campaña por la salud mental». Disponible en: <https://publications.fifa.com/es/annual-report-2021/around-fifa/reachout/>.
- GADAMER, H.-G. (2001). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- HEIDEGGER, M. (2016). *Ser y Tiempo*. Madrid: Trotta.
- MARTÍN, L. & COLINA, F. (2022). *Manual de psicopatología*. Madrid: Editorial La Revolución Delirante.
- MORGAN, K. S., & NERISON, R. M. (1993). «Homosexuality and psychopolitics: An historical overview». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 30, nº 1: 133-140.
- NIETZSCHE, F. (2005). *La genealogía de la moral*. Madrid: Alianza.
- NORDENFELT, L. (2001). *Health, Science, and Ordinary Language*. Amsterdam: Rodopi.
- ORDÓÑEZ, J. (2023). «Anomalía y anomia: diferencia subjetiva y diferencia existencial». En: Romero, F. & Santamaría, M. (Eds.). *Alrededor de la psique. Reflexiones filosóficas sobre la psicopatología y su historia*. Granada: Editorial UGR: 133-158.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). «Salud mental: fortalecer nuestra respuesta». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- SÁEZ, L. (2011). «Enfermedades de Occidente. Patologías actuales del vacío desde el nexo entre filosofía y psicopatología». En: Sáez, L., Pérez, P. &



- Hoyos, I. (Eds.). *Occidente enfermo. Filosofía y patologías de civilización*. München: GRIN Verlag GmbH: 71-92.
- SÁEZ, L. (2015). *El ocaso de Occidente*. Barcelona: Herder.
- (2021). *Tierra y Destino*. Barcelona: Herder.
- SANDÍN, B. (2013). «DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 18: 255-286.





UNA ACTUALIZACIÓN DE LA TERAPÉUTICA EN CANGUILHEM PARA LAS TÉCNICAS PSI¹

MANUEL SANTAMARÍA SANTIAGO

Contratado Predoctoral FPU, Facultad de Filosofía - Universidad de Granada

ORCID:0009-0007-9054-0818

INTRODUCCIÓN

¿Cuál es el motivo por el que vale la pena preguntarse si la salud es un hecho o un valor? ¿Existe acaso algún ímpetu filosófico que convoque en torno a esta pregunta, bien sea una fundamentada tradición filosófica o un acicate propio de nuestros tiempos? ¿Es una cuestión que pertenece a la filosofía aplicada y que tendría por su objeto una disciplina como la medicina? Podríamos también interrogar la cuestión diciendo: ¿es la pregunta por la condición de lo sano y lo patológico una cuestión bioética? Y, en cualquier caso, ¿cuál es el alcance de la pregunta por la salud?

Las dos primeras preguntas podrían responderse de hecho y de derecho. De hecho, existe en la tradición anglosajona en general y analítica en particular un debate o controversia entre dos posturas que se han definido como naturalistas o normativistas (cf. Gaudenzi, 2014: 12-19). La primera entiende que es posible definir que sea eso que llamamos salud acudiendo al conocimiento científico. En mayor o en menor grado, subyacen a esta postura presupuestos objetivistas y universalistas. La segunda, por el contrario, tiende a pensar que son normas y valores aquello por lo que juzgamos que determinados estados o relaciones son sanas o son enfermas; generalizando a partir de la diversidad de perspectivas que aquí se entrecruzan, se podría decir que lo cultural y lo subjetivo tienen en este lado del debate un factor predominante.

Sin embargo y como decíamos, estas preguntas también podrían encontrar una respuesta de derecho: que nos preguntemos hoy por el carácter

1. Este trabajo se ha desarrollado en el marco de un contrato predoctoral FPU en la UGR financiado por el Ministerio de Universidades de España



de la salud es, podríamos decir, legítimo. Dicha legitimidad no queda amparada exclusivamente por la altura o la dignidad de la pregunta, sino por el candor político en la que esta inquietud puede ser fraguada. La cuestión entonces se traslada a otro plano, y nos interroga diciendo: ¿cuáles son las condiciones necesarias y suficientes para establecer qué es lo sano y qué es lo enfermo? ¿En qué condiciones sociohistóricas unas condiciones son tomadas por enfermas? ¿Qué papel juegan quienes reclaman su condición de enferma o quienes la rechazan por considerar que son objeto de una patologización de sus diferencias? Estas preguntas que tocan la epistemología, la ontología y lo político de la salud y la enfermedad dan, a nuestro parecer, suficiente legitimidad a la pregunta.

A las siguientes dos preguntas que presentábamos en el primer párrafo hemos de dar una respuesta negativa. A pesar de que la valoración de lo sano y lo enfermo tenga consecuencias éticas, nos parece que la pregunta atañe directamente a la pregunta por la vida, o al menos nos parece que *una* de las formas de darle respuesta nos convoca a ella. Toda vez que la pregunta por la vida sea una cuestión ontológica, una pregunta por el ser de algo, el preguntar por el *pathos* y la salud no es necesariamente una derivación de un sistema de pensamiento, ni tampoco la aplicación de este. Se trata entonces de una pregunta que se erige originaria y que puede gozar de cierta libertad en su relación con una ontología vitalista.

Como era de esperar dado el título de este escrito, seguiremos a Canguilhem en su intento de conceptualizar lo sano y lo patológico desde una filosofía de la vida que pensara qué fuese aquello de lo normal. Desde este análisis filosófico de la vida nos gustaría pensar qué podría entenderse por terapéutica en la obra de Canguilhem ciéndonos exclusivamente al ámbito psi, si bien es sabido que las reflexiones de Canguilhem abordan lo normal, la salud y la enfermedad en la transversalidad de la práctica médica. Nuestro interés consiste entonces en seguir los pasos de Canguilhem para entender su concepción de la terapéutica y, una vez allí, ver si pudieran obtenerse conclusiones complementarias o diferentes de las presentadas por el autor a la luz de nuestro presente. Antes de estos dos puntos fundamentales, será necesario explicitar nuestra interpretación de la obra magna del autor, *Lo normal y lo patológico*, ejercicio en el que nos embarcaremos inmediatamente.

CANGUILHEM: UN VITALISTA OPONIÉNDOSE AL POSITIVISMO

Oponerse acostumbra a significar estar-en-contra-de-algo, negar una cierta tesis o impugnarla. Sin embargo, la oposición de Canguilhem al positivismo en el que englobamos tanto a Comte como a Claude Bernard parte de la inmersión en la inmanencia de estos dos autores. Esto supone



tomarlos en serio, analizando sus premisas y sus desarrollos lógicos. Se tratará para Canguilhem de bucear en el pensamiento de ambos autores para cuestionar la identidad entre lo normal y lo patológico, cuestión a la que dedicará la primera sección de su texto.

La crítica a la identidad entre lo normal y lo patológico

Podríamos empezar diciendo que la teoría ontológica de la enfermedad, aquella que entiende que la salud y la enfermedad son «opuestos cualitativos, fuerzas en lucha» (Canguilhem, 2005a: 20) comienza a ser sustituida ya desde Harvey y Haller, pero especialmente con Sigerist, por ideas médicas que apuestan por entender que entre la salud y la enfermedad sólo existen variaciones cuantitativas (cf. *ibídem*). A juicio de Canguilhem, esta idea constituye en el pensamiento médico de su época un verdadero dogma, defendido en Francia señeramente por Comte y Claude Bernard; respectivamente, les dedica a ellos el segundo y tercer capítulo de la primera parte del *Essai*.

En primer lugar, Comte toma la herencia de Broussais, para quien «los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, de los que siempre difieren sólo en intensidad» (*ib.*: 27). Es importante tener en cuenta, y volveremos sobre este punto más adelante, que la identidad entre lo sano y lo enfermo es aquí defendida desde un punto de vista exclusivamente conceptual, sin aportar ejemplos empíricos que avalen la tesis, así como tampoco «ningún criterio para reconocer a un fenómeno como normal» (*Ib.*: 30). Identificando lo normal, lo natural, lo fisiológico y lo *armónico*, «el concepto de normal o de fisiológico resulta reducido a un concepto cualitativo y polivalente, estético y moral más que científico» (*ibídem*).

La vaguedad de las nociones que Comte toma de Broussais respecto al exceso y al defecto le permite identificar a Canguilhem que este par conceptual «existe con respecto a una medida que se considera deseable—por lo tanto, con respecto a una norma. Definir lo anormal por lo demasiado o por lo demasiado poco, significa reconocer el carácter normativo del denominado “estado normal”» (*ib.*: 33). El afán del autor del *Catecismo positivista*, cuya voluntad es fundar una doctrina política científicamente (Cfr. *ib.*: 39), es conocer lo normal para restaurar o reconducir los estados patológicos sociopolíticos, pudiendo así justificar —dada la identidad entre lo normal y lo patológico— «que la terapéutica de las crisis políticas consiste en volver a conducir a las sociedades a su estructura esencial y permanente, en tolerar el progreso solo dentro de los límites de variación del orden natural que define la estática social» (*ibídem*).

El tercer capítulo es dedicado a Claude Bernard, quien llegó a la identidad de los fenómenos sanos y enfermos a través de la medicina experimental



«mediante una interpretación de aspecto cuantitativo y numérico» (ib.: 21), considerando posible dar un contenido experimental al concepto de normal a partir de la medición y el análisis de variables y funciones aisladas. A esto va a responder Canguilhem afirmando la discontinuidad del estado saludable y el patológico tanto por parte de la experiencia de la enfermedad como en lo que concierne a la reelaboración *como totalidad*² de las estructuras y funciones del organismo. Sin apostar por una radical discontinuidad de dichas estructuras o funciones, apunta que «un comportamiento del organismo puede estar en continuidad con los comportamientos anteriores y seguir siendo otro comportamiento. El carácter progresivo de un acontecimiento no excluye la originalidad de un acontecimiento» (ib.: 60).

La enfermedad es así una novedad —una nueva norma, como veremos a continuación— tanto desde el punto de la experiencia, vivida como un mal, como desde el punto de vista del organismo que varía como totalidad. Se trata, por tanto, desde el punto de vista de la experiencia y desde el del organismo, de «otro modo de andar de la vida» (ib.: 62). Este será patológico, y, en consecuencia, así estudiado y tratado, por ser valorado vital y negativamente por quien sufre.

A este último punto dedica Canguilhem su cuarto capítulo: trayendo a colación a Leriche y a su famosa sentencia «la salud es la vida en el silencio de los órganos», insiste en que «no hay nada en la ciencia que no haya pasado antes por la conciencia» (ib.: 64), reclamando el papel de la angustia y el sufrimiento como el indicador de la patología. Es esto precisamente lo que le interesa del cirujano francés: coincidiendo con él en que «no existe un umbral cuantitativo descubrible mediante métodos objetivos de medida» (ib.: 66) para discernir lo patológico, es su perspectiva de técnico y no de científico o filósofo (como Bernard y Comte respectivamente) la que le permite ver la originariedad del *pathos* frente al *logos* en materia de fisiología. Así, son las formas de andar de la vida valoradas negativamente las que insuflan la búsqueda de soluciones terapéuticas. El punto de partida de la generalización científica es —y debe ser, para evitar patologizaciones desmedidas— el sufrimiento concreto y la angustia de quien demanda ayuda.

2. Es esta una idea en la que coincide con el neurólogo alemán Kurt Goldstein; el viviente cambia como totalidad en relación normativa con el medio externo. A este punto podría añadirse que Canguilhem, que encontrará en Goldstein, además de aportes conceptuales, un apoyo experimental para algunas de sus tesis, coincide con el alemán en que:

«1/ que el punto de vista individual es el de un individuo en una situación, es decir el de un organismo que establece sus propias normas en un debate polarizado con su entorno; 2/ que estas normas no deben restablecerse durante una enfermedad, sino transformarse para constituir nuevas normas adaptadas a una nueva situación» (Moya, 2010: 183).



Llevando por título *Las implicaciones de una teoría*, en el quinto capítulo Canguilhem nos invita a pensar las transformaciones que experimentan las concepciones médicas a tenor de las ideas propias de la época, apuntando cuatro líneas fundamentales para diagnosticar las de su tiempo. A juicio de Canguilhem, ellas se encuentran en fecunda relación con el positivismo. En primer lugar, encontraríamos una optimista convicción racionalista de que no hay una realidad del mal; en segundo lugar, un rechazo del valor propio de la técnica; en tercer lugar, hay una concepción determinista respecto a los fenómenos de la vida y, finalmente, una reducción de lo cualitativo a la cuantitativo. Según Guillaume Le Blanc, lo que Canguilhem estaría tratando de hacernos ver en este punto es que existen razones ideológicas, es decir, irreflexiones teóricas que estructuran el campo científico, a través de las cuales fue llevada a cabo la supresión del valor de la individualidad de la experiencia vivida que es la enfermedad.

De acuerdo con Velasco Arias, Canguilhem estaría aquí pensando estas irreflexiones como «un impensado social en el interior de la ciencia, que revela así su carácter ideológico» (2013: 138). Estos impensados propios de la ideología científica serían para Canguilhem criticados en el transcurso de la historia por soluciones científicas válidas que, habitualmente, plantean concreta y atinadamente un problema corrigiendo el error de la ideología científica. Esta no se identifica con lo que contemporáneamente denominaríamos pseudociencia; antes bien, tiene una pretensión de científicidad que, sin embargo, se autoobstaculiza por la primacía de fines prácticos subyacentes como pueden ser la «autojustificación de los intereses de un determinado tipo de sociedad» (Canguilhem, 2005b :55). En el caso de Comte, el fin subyacente consiste en la defensa del orden social frente a las novedades emergentes en el seno de una comunidad.

Es entonces cuando se puede afirmar que la norma científica construida por el positivismo en el intento de identificar lo normal y lo patológico es, en realidad, una norma social. Ella buscaría promover, en el campo de la ciencia, un dogma de conservación contra el principio del cambio o de la creación (cf. Le Blanc, 20015: 47-49). Siguiendo a Le Blanc, Velasco Arias interpreta que Canguilhem estaría entonces desvelando «la determinación valorativa externa de conceptos de pretendida objetividad científica» (2013: 138).

A la cuantificación objetiva de lo normal más allá o más acá de los valores subyace la identificación de lo normal con el orden, el cual es preferible al desorden desde un punto de vista político: el orden debe ser conservado a través de una terapéutica inequívoca que restaura los valores normales deseables, habida cuenta que esta diferencia no tiene una cualidad propia, sino que es mera desviación cuantitativa. Tenemos, por tanto, la necesidad de extirpar la originalidad de la norma biológica y la individualidad de la



experiencia de la enfermedad para poder, externamente, reencauzar las contingentes desviaciones del orden objetivo establecido. Considera entonces Velasco que el análisis de Canguilhem:

no está exento de un propósito genealógico en el sentido que luego desarrollará Foucault. Al afirmar de manera general que las enfermedades no alteran los fenómenos vitales, Comte justifica su afirmación de que la terapéutica de las crisis políticas consiste en volver a conducir a las sociedades a su estructura esencial y permanente, en tolerar solo el progreso dentro de los límites de variación del orden natural que define la estática social (2013: 138).

Como veremos, este esencialismo es incisivamente repudiado por el vitalismo canguilhemiano.

Segunda parte de la obra: la terapéutica como prolongación del esfuerzo vital

Ante la pregunta que estructura esta sección, a saber, si existen o no ciencias de lo normal y lo patológico, Canguilhem reitera la primacía de la experiencia sufriente contra la determinación objetiva de lo normal que pretendía el positivismo. En esta misma línea, el criterio de la recuperación de la salud proviene del mismo viviente:

Volver a ser normal para un hombre cuyo porvenir es imaginado casi siempre a partir de la experiencia pasada, significa retomar una actividad interrumpida o al menos una actividad que se juzga equivalente de acuerdo con los gustos individuales o los valores sociales del medio ambiente (2005a: 86).³

Ya desde el primer capítulo Canguilhem observa cómo el concepto «normal» presenta una estructura bífida, apuntado a la vez a lo que es y a lo que debe ser: normal es simultáneamente un hecho (lo habitual) y una norma (un ideal). Lo normal opera así con una doble agenda, describiendo y normativizando simultáneamente, especialmente si seguimos el error

3. Es importante destacar que para Canguilhem lo que en adelante entenderemos como valores vitales negativos no se limitan a la experiencia, por ejemplo, del dolor, sino que estos están atravesados por valoraciones sociales. A nuestro juicio, esto permite pensar que hemos de introducir una variable importante a la hora de entender cómo una experiencia llega a ser juzgada como negativa, a saber, el conjunto de expectativas y exigencias que el medio social impone como criterio de valoración negativa de una experiencia, un sentir o una capacidad. Esto no quiere decir que Canguilhem reduzca la génesis social ya no a la valoración social, sino tampoco a la posible génesis social de una enfermedad. El francés es explícito al respecto al afirmar que «es abusivo confundir la génesis social de las enfermedades con las enfermedades mismas» (2004: 42).



etimológico (Torrano, 2013: 129) que Canguilhem nos muestra al confundir el origen del término *anomalía* por lo que no sigue la ley en vez de por lo desigual, lo irregular. Y es que el normativismo vitalista que nuestro autor desarrolla en esta obra tiene entre sus objetivos entender que la enfermedad no es la ausencia de norma, sino más bien una norma que el propio viviente juzga como negativa, como un obstáculo que le impide ejecutar aquello que el medio le demanda como infidelidad⁴.

Debe quedar claro entonces que el argumento no consiste en decir que cualquier norma biológica instaurada sea vivida por el individuo de la misma forma; tal y como nos dice nuestro autor «vivir es, incluso en una ameba, preferir y excluir» (ib.:100). La vida es una polaridad dinámica, o sea, variante como variante son las relaciones establecidas con el medio. Tenemos pues que el carácter normativo del viviente implica tanto la instauración de normas fruto de su relación con el medio como la apreciación o calificación *a posteriori* de dichas normas: ambas caras constituyen el concepto de *normatividad vital* de Georges Canguilhem y nos recuerdan la originalidad que supone la actividad vital (Canguilhem, 1976: 184). Canguilhem es muy claro al expresar que «el vitalismo es el simple reconocimiento de la originalidad del hecho vital» (1976: 184). Como el autor francés nos recuerda, es imposible una patología física o química por el simple hecho de no existir un viviente que valore negativamente dicha experiencia o comportamiento (cf. 2005a: 93; 1976: 184), gesto ínsito propio dado que «la vida es polaridad y por ello mismo posición inconsciente de valor» (Canguilhem, 2005a: 92).

Para entender qué papel quedaría para la medicina desde esta comprensión vitalista que entiende lo patológico como un comportamiento normativo sufriente hemos de tener en mente cómo comprende Canguilhem la salud. Desde su teorización, la salud consiste en la capacidad de ser normativo, pero sin olvidar que esta es siempre una relación entre el ser vivo y el medio ambiente. Ello implica necesariamente que «no existe un hecho normal o patológico en sí» (ib.: 108) y que la *salud queda comprendida de*

4. Esta afirmación es válida, y posiblemente anunciada allí con anterioridad, para la psicopatología. Luis Sáez nos aclara este asunto afirmando que «el mutuo esclarecimiento de fenómenos “normales” y “patológicos” deja entrever también implicaciones potencialmente “deconstructivistas”. En efecto, como constatan estos autores [Minkowski y Blankenburg] unánimemente, la enfermedad no se deja explicar sólo como una “carencia” de “normalidad”, no constituye un déficit puro o un puro caos; posee su propio orden, en el que se encarna una norma distinta» (2003: 96).

Curiosamente, es precisamente a Minkowski a quien Canguilhem referencia en el texto *Lo normal y lo patológico* que aparece en *El conocimiento de la vida* (cf. 1976: 198) para ilustrar cómo esta tesis es ya defendida en el discurso psicopatológico.



forma relacional. La medicina no sería entonces una ciencia sino un arte de la vida, una técnica humana que «prolonga impulsos vitales a cuyo servicio intenta poner un conocimiento sistemático que los liberaría de los innumerables y costosos ensayos y errores de la vida» (ib.: 95). La terapéutica es entonces, decimos concluyendo este segundo capítulo de su segunda sección y anticipando conclusiones posteriores, un esfuerzo propio de la actividad polarizada que es vivir y que debiera contribuir a la capacidad normativa de quien demanda ayuda, capacidad que podemos pensar en Canguilhem como criterio de lo saludable.

Por realizar un breve apunte del tercer capítulo, valdría la pena destacar que, dado el carácter relacional de lo saludable entre el ser vivo y el medio, nuestro autor destaca cómo los promedios que estudia la fisiología no son tanto el ideal abstracto de una especie, sino más bien la traducción de normas generadas por una normatividad vital original, plástica y creativa que han resultado exitosas en un medio dado. En este sentido, puede decirse que el promedio es un hábito⁵ y que, como dirá más adelante, la fisiología es «la ciencia de los modos de andar estabilizados de la vida» (ib.: 157. Cursiva del autor).

Volviendo sobre la preponderancia de la experiencia sufriente, en el cuarto capítulo Canguilhem añade un nuevo matiz en torno a cómo el individuo es juez de la transformación que padece: la importancia de relatividad individual de quien sufre (cf. Le Blanc, 2000: 51), la cual sorprende y descuadra los valores normales establecidos de forma general. Como venimos diciendo, «la normatividad no es un código unívoco del que cada individuo sea el portador o la concreción diferencial» (Velasco, 2013: 124), o, dicho de otra manera, la vida no se despliega en la desviación de leyes sino en normas. Bacarlett nos aclara a este respecto que «no hay, por tanto, leyes que pudieran subsumir bajo un mismo modelo todos los casos particulares, sobre todo porque dichos fenómenos están cruzados por el azar, el dinamismo y la creación» (2017: 63).

Es desde esta mirada y atendiendo al carácter relacional de la salud desde donde entendemos la culminación de esta sección con la diferencia entre unas normas propulsivas, que permiten el paso a nuevas normas, y otras repulsivas que fuerzan a una inmovilidad que incapacita, ante los avatares del medio, variar las propias constantes o el mismo medio que habita (cf. Canguilhem, 2005a: 157-158). Nos dice así Canguilhem que «el ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha

5. Más adelante podrá observarse cómo esta noción de hábito atravesaba ya el pensamiento de Canguilhem en sus escritos anteriores al *Essai* influenciados por lo que Xavier Roth denomina filosofía reflexiva (Roth, 2010).



perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes»⁶ (ib.: 139). Esta afirmación no debe privarnos de la cautela que el mismo Canguilhem esgrimió para no confundir la salud con la adaptación; lo saludable apunta a una capacidad normativa ante las infidelidades del medio, pero sobre todo a ser «si es necesario, creador de valor, instaurador de normas vitales» (ib.: 154).

El anexo de 1966: las Nouvelles Réflexions

Para finalizar con este apartado introductorio, quisiéramos comentar brevemente las *Nouvelles Réflexions* que Canguilhem añadió a su obra en 1966 para pensar la relación existente entre normas vitales y normas sociales. Siendo consecuente con su tesis en medicina, el francés comienza afirmando que lo normal es un concepto polémico, principalmente porque normalizar significa «imponer una exigencia a una existencia, a un dato, cuya variedad y disparidad se ofrecen, con respecto a la exigencia, más aún como algo indeterminado y hostil que simplemente como algo extraño» (ib.: 187). Unos años más adelante, en 1975 su discípulo Michel Foucault tomará esta noción canguilhemiana tomándola como un concepto más político que polémico y pudiendo afirmar que «la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en los que se aplica» (2007: 57).

La idea fundamental que nuestro autor pone de relieve en esta sección es que la norma vital es immanente al comportamiento del organismo, mientras que la norma social viene impuesta desde fuera por agentes externos. Como indica Torrano, ambas se diferencian de la ley en que son la indicación de una preferencia (2013: 129). Sin embargo, mientras que la normatividad vital es «un conjunto de reglas vividas sin problemas» (Bacartlett y Lechuga, 2009: 73) cuando no hay sufrimiento, las normas sociales se entienden óptimamente a través de la noción de normalización (Pénisson, 2008: 77), es decir, como el ejercicio de aceptación de normas que vienen desde el exterior.

A modo de cierre de la exposición de la lectura que hemos realizado de la obra y como puente con la siguiente sección, convendría resaltar cómo Canguilhem vuelve a negar que su concepción de la salud pueda

6. Nos parece que esta idea queda mostrada lúcidamente por Luis Sáez al decir que lo patológico, en su sentido más radical, no consiste en un desajuste comportamental respecto a la «sana normalidad», sino «en la pérdida de la posibilidad vital en cuanto tal para discurrir por cauces diferentes, en la im-posibilidad misma, que incluye la imposibilidad para elegir entre lo venerado como “normal” y lo estigmatizado como “anormal”» (Sáez, 2011: 77).



identificarse con la de adaptación. Nos permitimos citar *in extenso* un párrafo del texto para ilustrar y comentar esta cuestión:

La definición psico-social de lo normal por lo adaptado entraña una concepción de la sociedad que la asimila subrepticia y abusivamente a un medio ambiente, es decir a un sistema de determinismos, cuando en realidad es un sistema de coacciones que contiene, ya y antes de todas las relaciones entre el individuo y ella, normas colectivas de apreciación de la calidad de tales relaciones. Definir la anormalidad por la inadaptación social significa aceptar en mayor o menor medida la idea de que el individuo debe suscribir el hecho de determinada sociedad y por lo tanto acomodarse a ella como a una realidad que al mismo tiempo es un bien (2005a: 228).

Brevemente podríamos reseñar que Canguilhem se distancia de identificar la salud con la adaptación dado que ello implicaría olvidar el carácter contingente y potencialmente criticable del sistema de coacciones que conforman las normas sociales. Igualmente, tampoco daría cuenta de las formas de relacionarse con el medio ya siempre valoradas de antemano. Ni una determinada sociedad es necesariamente un bien, ni es un hecho natural, ni tampoco las valoraciones sociales que implican adaptarse a ella deben asumirse, de cara a la salud, de manera acrítica. Canguilhem sospecha de este concepto en especial por su uso en disciplinas psicológicas y sociológicas, oponiéndose a toda comprensión de lo patológico como desvío. En 1978, preguntándose por los límites de la racionalidad en medicina, continúa sosteniendo que «si hay sinrazón, se encuentra en la tendencia a considerar lo patológico no ya como desvío de lo fisiológico en el individuo, sino como desviación del cuerpo social» (2009b, p. 429). Que el viviente sea juez de la determinación de lo patológico implica sustituir la adaptación como parámetro de salud por el criterio del sufrimiento individual. Con este cambio de principio, puede cuestionarse que el medio al que el individuo tenga que adaptarse sea, *a priori*, un bien incuestionable. De la misma forma, tampoco las determinadas formas de adaptación positivamente valoradas en una sociedad serían valores indiscutibles.

LA MEDICINA COMO TÉCNICA Y LAS CRÍTICAS DE CANGUILHEM A LA PSICOLOGÍA

Nuestro propósito en este apartado consiste en esclarecer una posible noción de la terapéutica canguilhemiana. Para ello, es esencial recordar que la medicina es para Canguilhem una técnica, un arte de la vida que prolonga los esfuerzos mismos del viviente al valorar y preferir sobre lo que le ocurre, sus experiencias y comportamientos. Hemos de hacer ver en este punto



que el vitalismo de Canguilhem no es, en ningún caso, una suerte de irracionalismo; antes bien, el francés ve en los esfuerzos racionales y científicos una forma de hacer frente a los errores y avatares que constituyen la vida. Foucault supo ver lúcidamente este aspecto de su pensamiento, y nosotros consideramos que lo dicho para el concepto es perfectamente trasladable a la terapéutica como técnica. Afirma así Foucault sobre el pensamiento canguilhemiano:

Que el hombre viva en un medio conceptualmente construido no prueba que se haya desviado de la vida por algún olvido o que un drama histórico lo haya separado de ella, sino solamente que vive de una manera determinada, que no tiene un punto de vista fijo sobre su medio, que se mueve sobre un territorio indefinido o ampliamente definido, que se desplaza para recoger información, que mueve unas cosas en relación con otras para volverlas útiles. Formar conceptos es una manera de vivir y no de matar la vida; un modo de vivir en una relativa movilidad y no un intento de inmovilizar la vida (2007: 55).

Deducimos entonces que el quehacer técnico no proviene de un alejamiento de una vida originaria, sino que es más bien la prolongación propia, plástica y creativa de los esfuerzos vitales en su pugna por la posibilidad de ser normativo en un medio dado. De allí proviene, de la misma forma, el esfuerzo científico y el ejercicio conceptual, toda vez que se produce un distanciamiento de los intereses pragmáticos y vitales de la técnica (cf. Vázquez, 2015b: 102). Urge recordar que Canguilhem veía en el rechazo del valor propio de la técnica uno de los impensados del positivismo; para el francés, el fenómeno técnico es original respecto al científico (cf. Canguilhem, 1976: 118), no una aplicación de un saber que, en el caso de la fisiología, conociera de antemano qué es lo saludable y qué lo patológico. Llega a afirmar a este respecto el francés que «la anterioridad lógica del conocimiento de la física sobre la construcción de las máquinas [...] no puede y debe hacer olvidar la anterioridad cronológica y biológica absoluta de la construcción de las máquinas sobre el conocimiento de la física» (1976: 141).

Así, la técnica es un gesto con sustrato biológico, una hazaña de innovación y creatividad viviente, «un fenómeno biológico universal» (ib.: 148). Dicho de una forma lisa, afirma Canguilhem que «curar es siempre, en cierta medida, decidir emprender alguna experiencia en beneficio de la vida» (2009: 416). Habida cuenta de que la técnica no es un proceso de necrosis vital, puede concluirse que «la técnica continúa, con otros medios, el tanteo de ensayo y error que caracteriza a los organismos en su respuesta ante las necesidades y urgencias vitales» (Vázquez, 2015b: 106).



En lo que concierne a la medicina, Surjous nos ofrece una posibilidad de comprensión de su realidad técnica: a su juicio, esta práctica se sitúa en Canguilhem entre una atención a la plasticidad y originalidad individual y la atención al organismo como esencia (cf. 2024: 367); dicho de otra manera, «los médicos se basan en la fisiología como marco general, al tiempo que son sensibles a las características individuales que pueden ponerla en entredicho» (ibídem). Es pertinente aclarar a este respecto que Surjous no está suponiendo una suerte de esencialismo en Canguilhem; de hecho, afirma que «la normatividad implica la actividad del organismo y no la sumisión a una esencia o entorno predominante» (2024: 360)⁷. Más bien, su idea apunta a la legitimidad de una «ilusión útil» (ib.: 367) sobre la generalización de un modo estabilizado de andar de la vida en un medio dado. A nuestro juicio, dicha interpretación está en consonancia con la lectura de Le Blanc, según la cual «la normalidad hipostasiada como ley de identidad de todos los fenómenos de la vida forja el mito de una legalidad de la vida análoga a la de los fenómenos de la naturaleza» (2000: 50).

Sin embargo, y con esto transitamos ya a las críticas que Canguilhem formula a la psicología, el francés rechaza este marco general —ficticio y provisorio para el vitalismo canguilhemiano, pero útil en lo que concierne a la fisiología— para la psicología, donde Surjous observa una diferencia entre la legitimidad de la relación entre técnica y ciencia (cf. ib.: 369).

Ocurre entonces que esa generalización ficcional que Canguilhem considera tolerable para la medicina, es enfrentada para la psicología y para la psiquiatría. Esto ocurre especialmente por 1) la tendencia a confundir el concepto de normalidad con el de adaptación, 2) por el gesto de ignorar «la relatividad de los valores técnicos, económicos o culturales» (Canguilhem, 1976: 199)⁸ que llevan a emitir juicios sobre qué sea normal y qué sea patológico en la dimensión psíquica y 3) en consecuencia, la movilización

7. Para una lectura en torno a la ausencia de esencialismo en el vitalismo canguilhemiano y su herencia en Foucault, véase (Vázquez, 2014).

8. Con fino cinismo culmina esta sentencia Canguilhem diciendo que el profesional *psi* «olvidando las modalidades de su propio condicionamiento por su alrededor, y pensando con demasiada buena fe que la norma de las normas se encarna en él, se revela, para todo pensamiento algo y poco crítico, víctima de una ilusión muy próxima de la que él denuncia en la locura. Y lo mismo que en biología, sucede que se pierde el hilo conductor que ante una singularidad somática o funcional permite distinguir entre la anomalía progresiva y la enfermedad regresiva, lo mismo en psicología sucede que con frecuencia se pierde el hilo conductor que permite, en presencia de una inadaptación a un medio de cultura dado, distinguir entre la locura y la genialidad» (Canguilhem, 1976: 199).



técnica hacia un ideal más polémicamente estipulable en comparación con los éxitos fisiológicos dados en un contexto particular.

Las críticas a las psicologías del Canguilhem anterior al Essai

Para entender fecundamente las críticas canguilhemianas ha de atenderse una etapa anterior al *Essai*, que presenta continuidad con el vitalismo allí presentado pero también diferencias. Dichas observaciones serán estudiadas según fuentes secundarias, dado que buena parte de los textos pertenecientes a este periodo que mencionaremos se encuentran aún inéditos, tal como es el caso del *Traité de psychologie* que publicaría junto a Camille Planet. Canguilhem fue profundamente influenciado por el neokantiano Emile Chartier, más conocido como Alain. De hecho, Xavier Roth ha afirmado que esta influencia debería extenderse al conjunto de la llamada *filosofía reflexiva*, linaje al que habría que añadir los nombres de Jules Lachelier y Jules Lagneau (Roth, 2010).

Lo que nos interesa destacar de esta herencia es la recepción de la distinción entre hecho y valor. De forma más precisa, habría que destacar que el legado consiste en un rechazo a hacer pasar por hechos lo que se considera son juicios, posicionamientos y valores; una crítica, por lo demás, frecuentemente realizada a las tendencias positivistas. A partir de estas asunciones, Canguilhem desarrolló una psicología reflexiva asentada en 1) defender que los contenidos de la conciencia no son tanto hechos como juicios —la misma percepción habría de ser aquí incluida, con el matiz de ser un hábito mecanizado que asumimos como un hecho— y en 2) negar la comprensión del ser humano como un ser pasivo asimilable a un hecho o un objeto (cf. Surjous, 2024: 364).

El tránsito que observamos en su obra a partir del mismo *Essai* consiste entonces en resituar la polaridad del juicio de valor de la conciencia a lo viviente⁹, transitando de la libertad de la conciencia a la libertad de lo viviente (cf. Surjous, 2024: 366). Dejando atrás ese estilo filosófico que tenía por su objeto al sujeto, Canguilhem se desplaza así de «una filosofía de la experiencia, el sentido y el sujeto [a] una filosofía del saber, la racionalidad y el concepto» (Foucault, 2007: 42).

9. Iván Moya ha afirmado a este respecto que «incluso en el curso *Las normas y lo normal* [inédito], en el que se formula por primera vez el concepto de normatividad vital, el examen del valor y de las normas se realiza inicialmente desde la perspectiva de la conciencia del sujeto, hasta el punto de afirmar que sólo en la conciencia se produce la polaridad del juicio de valor» (2019: 228); ya en el *Essai* podrá apreciarse que esta valoración o normatividad es ínsita a la individuación vital.



Canguilhem en Qu'est-ce que la psychologie?

Tras haber comentado las críticas que el Canguilhem anterior al *Essai* despliega respecto a diferentes ramas de la psicología, conviene atender a la conferencia que impartió el autor francés titulada *Qu'est-ce que ce la psychologie?* en el año 1956. Resumiendo brevemente sus tesis, podemos encontrar tres críticas principales a la psicología en su vertiente teórica y práctica. En primer lugar, cabe destacar que la unidad del objeto científico que daría legitimidad a la psicología como ciencia consiste más en una convergencia por convención que por un destino lógico; es decir, que la unificación de las diversas disciplinas (la psicología experimental, la psicología clínica, el psicoanálisis, la psicología social y la etnología) proviene de la afirmación de estudiar el mismo objeto por ellas mismas antes que por una efectiva unión que aunara proyectos y estudios convergentes.

En segundo lugar, y expresado en palabras de Vázquez García, lo problemático de esta disciplina es «su absoluta falta de autoconciencia reflexiva a la hora de explicitar las condiciones históricas que hacen posible su oferta de técnicas y servicios» (2016: 101), condiciones que Canguilhem relaciona con el asentamiento de la biología como teoría de las relaciones entre el ser humano y el ambiente, «el desarrollo de un régimen industrial que orienta la atención hacia el carácter industrioso de la especie humana y señala el fin de la creencia en la dignidad del pensamiento especulativo» (2009: 401) y la necesidad del dictamen pericial como actividad cuantificadora de competencias.

Finalmente, y en relación con esta segunda crítica, Canguilhem denuncia —en especial para la psicología como ciencia de las reacciones y del comportamiento— la concepción subyacente del hombre como herramienta en sociedades industriales que deben medir capacidades o, dicho marxianamente, fuerza de trabajo; en el mejor de los casos, la búsqueda emprendida por esta disciplina lo es de leyes que miden la adaptación a un medio sociotécnico, anulando la creatividad propia del viviente en una asimilación del medio social a un mundo natural que debiera causar unos determinados comportamientos, además de bloquear la crítica al medio mismo y la valoración positiva de conductas inadaptativas.

Nuestro autor alaba en varias ocasiones la obra de Georges Friedmann *Problèmes humains du machinisme industriel* denunciando la asimilación del hombre a la máquina como proceso de alienación y la categoría de inadaptación surgida del desvío del obrero respecto al proceso de «racionalización» en la fábrica, observando la relación entre el conductismo y el taylorismo (cf. Vázquez, 2016: 99-100). Creemos posible entender esta relación en el marco del concepto de ideología científica expuesto en el segundo apartado de este capítulo.



Algunas reflexiones sobre la terapéutica psi desde Canguilhem

Más allá de la exposición de estas críticas, nuestro interés reside en señalar que la terapéutica canguilhemiana en el plano psi apunta a un respeto por la normatividad de quien sufre, un respeto que se traduce en primer lugar en una primacía de su individualidad ante las demandas de la sociedad (Vázquez, 2016: 207). Aquí se juega una preocupación típicamente canguilhemiana a partir de la cual Foucault articuló buena parte de su obra, a saber: la posibilidad del eclipse de las normas vitales por las normas sociales¹⁰.

Es este un criterio que se nos antoja claro en Canguilhem: la legitimidad de las técnicas psi reside en la facilitación de la normación en base a las propias potencialidades de quien sufre, de tal manera que encontramos en la facilitación del ejercicio de la normatividad (de la potencia, podría decirse) el criterio por el cual una técnica psi es legítima o ilegítima. Entendemos aquí por normación la capacidad de asimilación de lo enfermo en lo sano. Si la salud es para Canguilhem la posibilidad de enfermar y recuperar la salud, su herencia nietzscheana —el francés llegó a afirmar que era un «nietzscheano sin carnet» (Fichant, 1993: 48)— le permite ver cómo «la salud es la creatividad, el vigor normativo de un organismo para *incorporar* lo nuevo, para asimilarlo e integrarlo en su proceso de organización normal» (Velasco, 2013: 92). En este sentido, podría afirmarse con Stiegler que para Canguilhem «la salud es el negativo de la salud en la salud» (2000: 97); la salud no es tanto la ausencia de enfermedad sino la capacidad de remontar la alteridad que ella presenta al viviente. Facilitar la normación sería entonces no corregir ni reconducir, sino contribuir a la capacidad normativa.

En relación con las conclusiones que expondremos a continuación como prolongación de las tesis canguilhemianas, podríamos decir que la terapéutica es la capacidad de permitir el despliegue de la normatividad, es decir, de posibilitar una ampliación de la vida a través de la génesis de normas vitales. Es esta ampliación la que puede entenderse como finalidad y criterio de (des)legitimación de las prácticas psi: una técnica que apunte al despliegue de lo que podríamos llamar, provisoriamente, *propionomía*.

10. Existe un intenso debate en torno a la persistencia de una ontología vitalista en Michel Foucault. Por un lado se sitúan quienes ven que en Foucault el sujeto es una construcción práctico-discursiva, de tal forma que no habría un afuera del poder (Velasco, 2013; Muhle, 2009), y por el otro quienes entienden que Foucault hereda un residuo vital desde donde puede pensarse la resistencia, bien en una línea canguilhemiana (Vázquez, 2015a) o nietzscheana (Deleuze, 1987).



Con este concepto podríamos desligarnos de una autonomía ligada a la filosofía del sujeto moderno, pero sin ceder a la heteronomía propia de la normalización social.

CONCLUYENDO: ALGUNAS REFLEXIONES VIRTUALES MÁS ALLÁ DE GEORGES CANGUILHEM

Una vez que hemos transitado por el camino recorrido por Canguilhem, creemos posible ofrecer tres sugerencias a modo de despliegue o extensión de las tesis filosóficas de nuestro autor. Tomamos pues un cierto desvío de la ortodoxia canguilhemiana para seguir pensando junto a él estos cuatro puntos que intentan atender a problemas que, nos parece, atraviesan las teorías y prácticas psi de nuestros días:

1) Creemos posible con Anna Bosman entender desde Canguilhem la necesidad de atender al sufrimiento psíquico desde un punto de vista relacional: si tomamos esta premisa seriamente, veremos cómo podría hablarse de un olvido del carácter ontológicamente relacional de la salud en psicopatología, de tal modo que el conocimiento se articula en el aislamiento del viviente como organismo o, en el mejor de los casos, como experiencia. Podría decirse de este modo que el olvido de la caracterización ontoaxiológica de la salud conlleva otra ontologización, pero que en este caso es individualizante y, desde la concepción de la salud canguilhemiana, reduccionista; dicho de otra forma, la norma generada en relación con un medio es reificada en una característica propia del viviente, y no de la relación del viviente con el medio. Afirmamos con Bosman que:

Quienes tratan con personas que requieren ayuda deben valorar la relación más que sus componentes, el organismo o el entorno. Por lo tanto, la simple comprobación de las características enumeradas en manuales como el DSM no conduce a una evaluación «válida» de la situación, debido al énfasis que se pone en el individuo y no en la relación (2017: 51).

2) El análisis de lo patológico como una norma otra, denunciada por quien vive como obstáculo, angustia o incapacidad, no implica su incompreensión. Si determinados fenómenos, vividos como patológicos, expresan un orden diferente tanto por la discontinuidad de la propia vida como por la reestructuración del organismo, este orden es un gesto propio del viviente que no presenta una incomprensibilidad *a priori*. Creemos pues que se puede hablar de una norma otra, pero que esta no deja de ser una norma vital y no una disfunción, una degeneración o un radical sinsentido. Como expresa Victoria Margree, más que de un trastorno o un desorden, sería más pertinente hablar de *otro* orden (cf. 2002: 306), en cierta medida continuo



y en cierta forma discontinuo con los modos de andar estabilizados de la vida psíquica en un momento y lugar dado¹¹. Esos otros órdenes podrán ser denunciados como patológicos por lxs vivientes, pero en cualquier caso son un intento normativo que, lamentablemente, es en ocasiones una imposibilidad de establecer otras normas (repulsión) más que una capacidad de seguir normando (propulsión).

Habría que añadir, y apoyándonos de nuevo en Margree, que determinados fenómenos poco usuales (tal vez más frecuentes de lo comúnmente imaginado) como la escucha de voces no implican una vivencia patológica o sufriente en sí mismas, pudiendo hablarse entonces de un fenómeno anormal que será o no vivido como patológico en función de la relación entre la norma viviente y el medio, teniendo en cuenta también en esta relación las valoraciones y comprensiones sociales incorporadas a la vivencia misma. En línea con Canguilhem y como hemos repetido a lo largo del escrito, se puede afirmar radicalmente que no hay hecho ni normal ni patológico en sí, tesis que nosotros secundamos en referencia a los padeceres *psi*¹².

3) Finalmente queríamos aludir a la posible relación de Canguilhem con el modelo de recuperación en psiquiatría. Mencionaremos para ello un trabajo realizado por Yasmin Furtado y Lillian Mirada en el que apuestan por apoyar en Canguilhem el modelo de la recuperación. Incidiendo en la

11. Por aclarar este punto respecto al sufrimiento psíquico, es de interés dejar señalada la posición de Gabriel Peters (2022), quien, buscando un equilibrio entre las diversas lecturas de Foucault, propone interpretarlo como un intento de renovación del diálogo entre razón y locura, además de como un rupturista de los límites entre opuestos. Esto le permite afirmar que «por un lado, el respeto a la diferencia es un componente crucial de cualquier análisis de la locura que pretenda escapar de medicalizaciones espurias y reacciones opresivas. Por otro lado, es frecuente que el intento de respetar lo diferente en la experiencia de la locura acabe desliziándose hacia el otro extremo: la asunción implícita o explícita de que esa “alteridad fundamental” sitúa al “loco” más allá de una comunidad compartida de experiencia y discurso. Tal postura no sólo incurre en el error analítico de descuidar el hecho de que los comportamientos cuerdos y locos son a menudo mucho más cercanos de lo que podría parecer a primera vista. También corre el riesgo de excluir, en la práctica, el discurso de los “locos” que están interesados, a veces desesperadamente, en comunicar sus experiencias peculiares para que otros puedan entenderlas» (2022: 27).

12. A pesar de secundar sus argumentos en esta segunda conclusión, advertimos de nuestras reservas respecto a las bondades del cognitivismo como disciplina conjugable con los posicionamientos canguilhemianos tal y como la autora propone, en especial por el adaptivismo impensado que la propia autora desliza en un momento dado al decir: «la aplicación de la noción de patología de Canguilhem a la salud mental aportaría un apoyo teórico al enfoque de la terapia cognitiva, que considera los delirios y las creencias sobre las alucinaciones como fenómenos normalizados y *se dirige a ajustar estas normas para que sean más adaptativas* [cursiva nuestra], es decir, que no provoquen angustia ni restrinjan al individuo a modos de funcionamiento muy limitados». (Margree, 2002, 307).



imposibilidad de retorno a un estado anterior (Canguilhem, 2004: 97) o, al menos, negando que ello sea condición necesaria del proceso de recuperación, traen a colación al autor francés para recordarnos que la salud no consiste en adaptarse a un medio, sino en la capacidad de ser normativo. Esta capacidad, a su juicio, es posible «incluso cuando se vive con síntomas atribuidos a estas condiciones clínicas» (2024: 29) tal y como lo muestran relatos en primera persona diagnosticadas con desórdenes mentales valorados como graves; la capacidad normativa, a su vez y como no podría ser de otra forma pensado desde Canguilhem, dependerá de la relación de quien sufre con su entorno.

Para concluir, nos gustaría apuntar una posible crítica a la primacía de la perspectiva de quien sufre que, pensamos, podemos extraer de Canguilhem a modo de una tensión no desarrollada por el francés pero que habita su obra. Se trata de los conflictos que consideramos pueden originarse a partir del sufrimiento generado en relación con el poder de un medio social para impedir la capacidad normativa, para socavar la posibilidad de cambiar el mismo o generar relaciones menos sufrientes con él. Si bien ya el de Castelnaudary en sus críticas al conductismo habría entendido como no-patológicas determinadas reacciones a coerciones sociales abusivas en referencia al trabajo de Friedman, lo que planteamos ahora, en un contexto que podríamos llamar medicalizante o patologizador, es el peligro de asumir experiencialmente como patológicas relaciones con el medio que, vividas como una depotenciación de la normatividad, son mejor comprendidas desde la inasequibilidad de la exigencia del medio. Aunque Canguilhem reconozca que las valoraciones sociales inciden en la consideración de lo saludable y lo enfermo por parte del viviente, tal vez en nuestros días tanto la identificación con diagnósticos de dudosa calidad epistemológica como la inflación diagnóstica misma nos inviten a reflexionar sobre la primacía de quien sufre en la designación de lo patológico; al menos, tal vez dicha perspectiva debería acompañarse de cautelas críticas. Conjeturalmente, terminamos pensando que el concepto de *propionomía* tal vez pueda ayudar a incidir en un respeto a la diferencia que no incite a (auto)designar como patológicos comportamientos o experiencias que no logran ser normativas en un medio social que demanda imposibles.

BIBLIOGRAFÍA

- BACARLETT PÉREZ, M. L., & LECHUGA DE LA CRUZ, A. M. (2009). «Canguilhem y Foucault: De la normatividad a la normalización». *Ludus vitalis: revista de filosofía de las ciencias de la vida*, 17(31): 65-85.



- BACARLETT PÉREZ, M. L. (2017). *Breve introducción al pensamiento de Georges Canguilhem*. Universidad Autónoma Metropolitana. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/79912>
- BOSMAN, A. M. T. (2017). «Disorders Are Reduced Normativity Emerging from the Relationship Between Organisms and Their Environment». En K. Hens, D. Cutas, & D. Horstkötter (Eds.), *Parental Responsibility in the Context of Neuroscience and Genetics*. Springer International Publishing: 35-54 https://doi.org/10.1007/978-3-319-42834-5_3
- CANGUILHEM, G. (1976). *El conocimiento de la vida* (F. Cid, Trad.). Anagrama. (Trabajo original publicado en 1971)
- (2004). *Escritos sobre la medicina*. Amorrortu.
- (2005a). *Lo normal y lo patológico* (R. Potschart, Trad.; 8ª ed.). Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1966).
- (2005b). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: Nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias* (I. Agoff, Trad.). Amorrortu. (Original publicado en 1988)
- (2009). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias* (H. Pons, Trad.; 1ª ed.). Amorrortu.
- DELEUZE, G. (1987). *Foucault* (J. Vázquez Pérez, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1986).
- FICHANT, M. (1993). «Georges Canguilhem et l'Idée de la philosophie». En *Georges Canguilhem. Philosophie, historien des sciences*. Albin-Michel: 37-57
- FOUCAULT, M. (2007). «La vida: La experiencia y la ciencia». En G. Giorgi & F. Rodríguez (Eds.), *Ensayos sobre biopolítica: Excesos de vida*. Paidós.
- GAUDENZI, P. (2014). *Normal e patológico: Leituras contemporâneas*. [Tesis de doctorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/4707>
- FURTADO, Y., & MIRANDA, L. (2024). «Nada sobre nós sem nós: Contribuições de Georges Canguilhem e Donald Winnicott aos estudos do campo da recuperação pessoal». *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e230250. <https://doi.org/10.1590/interface.230250>
- LE BLANC, G. (2000). «La vie selon ses points de vue». En G. Le Blanc (Ed.), *Lectures de Canguilhem: Le normal et le pathologique* (pp. 49-60). ENS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.enseditions.20030>
- (2015). *Canguilhem et les normes*. Presses Universitaires de France.
- MACHEREY, P. (2011). *De Canguilhem a Foucault: La fuerza de las normas*. (H. Pons, Trad.) Amorrortu. (Trabajo original publicado en 2009)
- MARGREE, V. (2002). «Normal and Abnormal: Georges Canguilhem and the Question of Mental Pathology». *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9(4): 299-312. <https://doi.org/10.1353/ppp.2003.0056>
- MOYA DIEZ, I. (2018). «Canguilhem avec Goldstein: De la normativité de la vie à la normativité de la connaissance». *Revue d'histoire des sciences*, 71(2): 179-204. <https://doi.org/10.3917/rhs.712.0179>



- MOYA DIEZ, I. (2019). *La formation du concept de normativité chez Canguilhem* [Tesis doctoral, Paris 1]. <https://theses.fr/s105835>
- MUHLE, M. (2009). «Sobre la vitalidad del poder. Una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem». *Revista de Ciencia Política*, 29(1): 143-163.
- PÉNISSON, G. (2008). *Le vivant et l'épistémologie des concepts*. L'Harmattan.
- PETERS, G. (2022). A violência da (in)compreensão: Notas sobre Foucault, psicanálise e a interpretação da loucura. *Tempo Social*, 34(1): 5-30. <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2022.145263>
- ROTH, X. (2010). *Georges Canguilhem et l'école française de l'activité: Juger, agir, (1926-1939)* [Tesis doctoral, Aix-Marseille 1]. <https://theses.fr/2010AIX10122>
- SÁEZ RUEDA, L. (2003). *Movimientos filosóficos actuales* (2ª ed). Trotta.
- (2011). «Enfermedades de Occidente. Patologías actuales del vacío desde el nexo entre filosofía y psicopatología». En L. Sáez Rueda, P. Pérez Espigares, & I. Hoyos Sánchez (Eds.), *Occidente enfermo. Filosofía y patologías de civilización*. GRIN Verlag GmbH, München. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/18902>
- STIEGLER, B. (2000). «De Canguilhem à Nietzsche: La normativité du vivant». En G. Le Blanc (Ed.), *Lectures de Canguilhem: Le normal et le pathologique*. ENS Éditions:85-101 <https://doi.org/10.4000/books.enseditions.20050>
- SURJOURS, L. (2024). «Science et soin du psychisme dans l'œuvre de Georges Canguilhem». *L'Évolution Psychiatrique*, 89(2), 357-376. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2024.01.005>
- TORRANO, A. (2013). «Canguilhem y Foucault. De la norma biológica a la norma política». *Estudios de Epistemología X*: 122-144.
- VÁZQUEZ GARCÍA, F. (2015a). «Canguilhem, Foucault y la ontología política del vitalismo». *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, 48: 165-187. https://doi.org/10.5209/rev_ASEM.2015.v48.49279
- (2015b). «Georges Canguilhem y la biopolítica de las discapacidades». *Sociología Histórica*, 5: 93-126.
- (2016). «Canguilhem y la crítica de las disciplinas “psi”». En R. Rodríguez López (Ed.), *Contrapsicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura*. Ediciones Dado.
- VELASCO ARIAS, G. (2013). *Genealogías de lo biopolítico: Normalidad y patología en el «momento foucaultiano»* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/660406>



MÁS ALLÁ DE *LOS ANIMALES ENFERMOS*

AGATA J. BAK

Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Madrid

ORCID: 0000-0003-1647-5564

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo analizo el lugar de la enfermedad y la salud para el ser humano, contraponiendo dos enfoques: el de antropología filosófica, llamado aquí de forma tentativa *animales enfermos* —tras el sugerente título del libro de Diana Aurenque (Aurenque, 2022)— y el vitalismo normativista de George Canguilhem. El primero de ellos contempla al ser humano como esencial y constitutivamente enfermo; su condición precaria es a la vez consciente de sí en la medida en que hace sentido de su propio padecimiento. Argumento que esta especie de excepcionalismo significa que sólo a algunos seres les es lícito enfermar. Esta formulación, acuñada de forma provocativa para despertar objeciones, nos plantea, no obstante, algunas preguntas incómodas. ¿Somos realmente equitativos a la hora de considerar el sufrimiento ajeno? ¿Solo los seres humanos sufren? ¿O acaso, dentro de nuestra propia especie, hay condiciones que son lo suficientemente opacas para nosotros para que no podamos conceptualizar el sufrimiento debido a una incomprensión fundamental? En resumidas cuentas, ¿cómo opera, *in concreto*, la relación entre la humanidad y la enfermedad?

Y es que, siguiendo con las cuestiones incómodas, parece que existen ciertas condiciones vulnerables en las que la actividad autoconsciente productora de sentido está puesta en cuestión que nos hacen reflexionar acerca de los límites de la humanidad. Para ilustrar esta tensión inherente al planteamiento de antropología filosófica recurro al caso de Owen Suskind en la interpretación de Wolf-Meyer. La condición autista plantea, en mi interpretación, la sospecha de que nuestro ideal de *hacer sentido*, comunicarse, ser autoconsciente, en suma, plenamente humano, es posible gracias a toda una historia sedimentada de nosotros como comunidad, del cuidado y de «humanización». En concreto, gracias a nuestra capacidad de



facilitar a otras personas, hacerlas existir humanamente, introduciéndolas en las redes de interacción en las que pueden participar activamente. La historia de Owen pone de relieve, por un lado, que existe una concepción normativa de comunicación; capacitamos en ellas a las nuevas generaciones que se convierten en *seres humanos maduros* si entran en juego de forma *adecuada*. Por el otro lado, también advierte de que no todos participan de la conectividad intersubjetiva de forma esperada socialmente; en este caso, el florecimiento de la subjetividad y personeidad dependerá del entorno que anime y promueva activamente la forma alternativa de comunicación. El cuestionamiento de la idea de persona y sujeto es profunda en Wolf-Meyer; la lectura del libro nos invita a considerar la subjetividad y el lenguaje a la nietzscheana, como las herramientas, facilitaciones más viejas que estructuran nuestro mundo, tan arcaicas que las creemos naturales. La reflexión acerca de las personas autistas obliga, por el contrario, a desvelar su carácter normativo y axiológico en cuya institución hay que indagar.

Para sugerir esta genealogía de la normatividad acudo a Canguilhem; su interpretación de la noción de la vida en clave normativa sirve, a mi juicio, para apoyar la sospecha de Wolf-Meyer. La concepción vitalista normativa de la patología no niega el carácter anómalo —en sentido descriptivo— de ciertas formas de subjetividad; no obstante, permite indagar en su anormalidad —en sentido normativo, en tanto que expresa una desventaja, un mal funcionamiento— aunando lo natural y lo social. De la mano de Canguilhem podemos observar como una enfermedad no es acaso una carencia; se convierte en tal en un determinado contexto. De esta forma, podemos situar la discusión acerca del carácter de las nociones de la salud y enfermedad a la vez en el ámbito descriptivo y normativo: hay *hechos* o mejor, acontecimientos, cuyo estatus *positivo o negativo* no se puede definir sino en el desarrollo concreto de la humanidad.

La postura canguilhemiana enriquece nuestra discusión acerca de las formas de hacer el sentido y de pensar la humanidad. Desde esta perspectiva, la consideración de las formas no normativas de la subjetividad se presenta a la vez como un hecho y como una tarea. Es un hecho que existen en la sociedad condiciones que, en virtud de diversos factores, no se inscriben en los canones de racionalidad o de la madurez humanas. Demasiado a menudo nos hemos preguntado si las personas autistas tienen empatía o si piensan como nosotros (cfr. por ejemplo Baron Cohen et al., 1985) tal vez para dirimir si realmente *sufren* como nosotros. Y a lo mejor sólo muy tarde hemos empezado a preguntarnos por los presupuestos que rigen nuestra comprensión de lo mental, de lo normal, de lo sano (cfr. especialmente el capítulo de Fernández Castro y Nuñez de Prado Gordillo en el presente volumen) y plantearnos las condiciones para florecimiento y salud de otras



personas, otros estilos cognitivos o existenciales (para la noción del estilo existencial cfr. la contribución de López Saenz al presente volumen). Precisamente gracias a Canguilhem podemos pensar por qué ciertas formas de vida han devenido marginalizadas, anómalas, tal vez «discapacitadas» o enfermas en un sentido mucho «menos humano» de lo que sugiere Aurenque. En este sentido, considero que el pensamiento del francés nos impone también una tarea: la de examinar críticamente nuestra concepción de lo sano y normal y preguntarnos a quién hemos dejado de lado en nuestro devenir humanos.

LOS AVATARES DE ANIMALES ENFERMOS

En una reciente publicación, *Los animales enfermos*, Diana Aurenque traza con maestría la silueta de una determinada concepción del ser humano —propia de la Antropología Filosófica, corriente filosófica de la Alemania de entreguerras— que pervive en nuestra comprensión de nosotros mismos hasta hoy en día. Sus raíces se encuentran en la respuesta filosófica ante los retos que a la antropología le plantean los avances de las ciencias biológicas. La propuesta darwiniana de continuidad entre el reino animal y el humano requiere plantearse radicalmente nuestro lugar en el mundo. Por esta razón, el primer tercio del siglo xx está preocupado por nuestra semejanza y diferencia con el animal (cfr. Aurenque, 2022: 14) y puede plantearse en términos de continuidad o en términos de ruptura ontológica. El planteamiento del libro consistirá en caracterizar globalmente la postura de la Antropología Filosófica, explorar la riqueza de sus matices y, finalmente, decidirse por ofrecer una visión integradora (y «sin saltos») del ser humano respecto de la naturaleza. En última instancia, el ser humano se verá precario y necesitado en tanto que *bestia* (y precisamente más fuerte en el reino animal), digno en tanto que ser espiritual, y constitutivamente enfermo como ser humano, una paradójica mezcla de ambos.

Considero que esta propuesta permea nuestra concepción actual del ser humano y que orienta nuestra comprensión de la salud, enfermedad y vida. En este apartado desgranaré las tres ideas fundamentales que sostienen la visión de *animales enfermos*: la idea de la *diferencia* entre el ser humano y el animal, la idea de la *excepcionalidad* del ser humano en cuanto ser espiritual y la idea de su radical *enfermedad*, para someterlas luego a una consideración crítica.

Recorriendo con Aurenque las definiciones que propone, nos encontramos siempre con el hecho de que «el ser humano ha sido entendido desde una diferencia» (2022: 50). Animal —sí, pero lógico (racional) —; animal —pero político, social, deliberante—; en resumen, un ser corporal



y natural, pero único en otro ámbito: el espiritual¹. Este hiato, al que podemos darle distintos nombres: dicotomía animal/humano, naturaleza/cultura, incluso cuerpo/alma.

Autores representativos de esta corriente, como Max Scheler, reconocen la interioridad y *protofenómeno psíquico* de la vida (Scheler, 2000: 42) y le consagran análisis detallados en diálogo con los desarrollos científicos de la época; no obstante, a la hora de posicionarse acerca de la naturaleza humana, encuentran un hiato:

El nuevo principio [correspondiente a la naturaleza humana] está fuera de todo lo que, en el más amplio sentido, podemos llamar «vida». Lo único que hace que el hombre² sea «hombre» no es un nuevo estadio vital, ni todavía menos *uno* de los estadios de manifestación de la vida, la «psique», sino *un principio opuesto a toda vida en general, incluida la vida del hombre*: una realidad esencial verdaderamente distinta, del todo irreducible a la «evolución natural de la vida» y que, de poder atribuirse a algo, sería el primer fundamento de las cosas: al fundamento mismo, del que la «vida» es *una* de sus grandes manifestaciones. (ib.:66)

Este principio, de larga tradición en el pensamiento Occidental, recibe en el pensamiento de Scheler el nombre de *espíritu* (*Geist*). A pesar del reconocimiento de la existencia de vida psíquica, e incluso una inteligencia en otras formas de vida, la distancia entre lo espiritual y psíquico es insalvable. Ciertamente es que la cita presentada aquí no hace justicia a la variedad de planteamientos y debates en torno a la radicalidad de esta dicotomía que obtiene muchos nombres entre los investigadores de la corriente de Antropología Filosófica alemana y sus interlocutores³; no obstante, constituye un punto de partida claro para comprender la posición en torno a la naturaleza humana como paradójicamente *diferente* dual, extendida entre lo orgánico y lo espiritual, y *único* por esta misma razón en el orden mundanal.

1. Lo espiritual, en alemán *Geist*, implica no tanto un alma sino la esfera propiamente humana, que podemos identificar con San Martín (2015: 87) con la cultura.

2. Así en la traducción. Conservo el original de la cita a pesar de escoger en mi propia argumentación la expresión «ser humano».

3. Es interesante revisar el capítulo de Cazzanelli (2024) para ver el debate entre neokantianos y Heidegger en torno al fenómeno de la vida o las atinadas críticas de Plessner quien, no sin cierto sarcasmo y amargura afirma haber «emprendido aquello que horrorizaba a Scheler y que repugnaba su estilo: el intento de comprender la gradación del mundo orgánico bajo un único punto de vista» (2022: 28). Las páginas de la introducción a la segunda edición de *Los grados de lo orgánico y el hombre* constituyen, por cierto, un resumen magistral del debate acerca de la cuestión de la *vida* en el primer tercio del siglo xx.



LA ENFERMEDAD HUMANA

Aurenque reconstruye el argumento de la Antropología Filosófica para ofrecer su contra-interpretación de los seres humanos como *animales enfermos*. Este abordaje permite, a juicio de la autora, comprender no solo la diferencia, sino también la paradójica relación entre los dos ámbitos y proponer una comprensión más *diversa* de la naturaleza humana. De paso, también permite comprender la enfermedad como característica exclusivamente humana.

Entonces, ¿qué es esta dolencia que nos corroe como especie? Un padecimiento que, para la autora, es el elemento constitutivo originario, filosófico-existencial y también médico-físico (2022:108) de la humanidad.

La enfermedad radical del ser humano, recuperada desde el pensamiento de Nietzsche, describe *la escisión* humana —de la que también habla Scheler— de la siguiente forma:

Su parte natural, su condición de animal, sigue las mismas reglas de la mayoría de los organismos; está sujeto a condiciones similares del devenir propio de los demás seres vivos: necesita abrigo, alimento, protección y un día morirá. Sin embargo, se distingue en la imposibilidad que tiene de orientar su existencia por vías puramente naturales. El ser humano es «*el animal enfermo*» no en el sentido de padecer una enfermedad fisiológica determinada, sino por estar afectado, por así decir, ontológicamente de una falta de «salud» dada por naturaleza (ib.: 52)

De esta cita se desprenden distintos corolarios.

En primer lugar, que la «enfermedad» humana es constitutiva, ya que viene a decir que el ser humano, *qua* animal, es poco aventajado en el entorno natural. De ahí la función de la *conciencia* (o cualquier otra instancia que sea exclusiva del ser humano): *el animal enfermo* es capaz de vivir a pesar de su condición creando los andamios de su propia supervivencia. Estas se despliegan en un amplio abanico de recursos: desde la posición erguida, la racionalidad, la técnica, la cultura... En el fondo, todos estos logros de la humanidad han de verse como una «reacción protectora de sí mismo» (ib.: 57). Y mientras acerca de su origen podemos formular hipótesis diversas, no cabe duda de que estas constituyen un lugar particular del ser humano: caracterizada como *ámbito de sentido*, *conciencia de la propia finitud*, *conciencia de la muerte*, etc. Parece entonces que *el animal enfermo* lo es en la medida en que sólo a él le es propio enfermar. Es más, parece que el determinante *el* frente al animal enfermo demuestra, una vez más, la exclusividad de lo humano, en su carácter proteico de la lucha contra su destino (del que él, únicamente él de entre todas las especies, es consciente). Así, la enfermedad es el rasgo por excelencia humano y, sin duda, humanizador:



«Si el ser humano nace “enfermo”», reconstruye Aurenque el pensamiento antropológico-filosófico, «debe entonces “sanar” existiendo —y ello significa también humanizarse verdaderamente» (Aurenque, 2022: 52). El ser humano es lo que es porque está constitutivamente enfermo y solo en su enfermedad deviene lo que es.

La definición del ser humano en términos de *enfermedad*, en términos de relación tensional con el medio tiene, naturalmente, la ventaja de la amplitud. Las distintas formas de cuidarnos, procurar la supervivencia y bienestar, partiendo de una fundación *precaria* de nuestra existencia ofrece una mirada generosa a las vicisitudes de la humanidad. Para Aurenque, adoptar esta postura significa abrirse a una comprensión más plural de la salud o, en rigor, de las saludes ya que permite reflexionar sobre

la comprensión de determinadas condiciones anatómicas como formas identitarias de ser. Bajo dicha perspectiva —explica la autora— estas circunstancias no son consideradas para quienes las encarnan como trastornos o discapacidades, sino en ocasiones son comprendidas como expresiones saludables de su propia subjetividad, *legítimos exponentes de una humanidad siempre diversa* (ib.: 110; cursiva mía)

La apertura, coincidente con la ampliación del modelo médico al modelo social de la enfermedad, contempla las condiciones como sordera en un marco de referencia más holístico, dando paso a distintas formas de acceder y tener mundo (ib.:111), distintas formas de plenitud.

LOS LÍMITES DE LA HUMANIDAD

No cabe duda de que esta reflexión filosófica permite comprender el amplio abanico de las formas de ser y estar sano. Acierta también en poner de relieve el carácter ambiguo (con y contra naturaleza) y normativo (en el sentido ético y epistémico) de nuestra concepción de la salud (así en capítulo 7) y en encontrar en el cuerpo (capítulo 8) la articulación necesaria entre el hecho y el valor, lo biológico y lo normativo. Es en este contexto en el que cita a Georges Canguilhem, rescatando la capacidad normativa vital del individuo. Según la interpretación propuesta en el presente capítulo, es cuando vuelve a relucir la tensión y la dualidad que permea la visión de la enfermedad de la autora, por mucho que su proyecto se afane en limar este hiato:

Pero ese suelo natural, que no nos determina completamente, por cierto ejerce dominio en cuanto es condición de posibilidad biológica primaria para existir. Mas, en cuanto somos entes híbridos, atravesados por la naturaleza y la cultura, a este cuerpo dado debemos darle un sentido propio, un sentido humano (ib.: 166)



¿Es *hacer sentido* condición necesaria para la enfermedad? Esta cuestión nos sitúa en una encrucijada interpretativa. Y es que parece que la visión excepcionalista de Scheler de la naturaleza humana, modificada y abierta por Aurenque, sigue operando en su lectura de la enfermedad y su carácter humano. Por esta razón, a pesar de la diversidad humana habrá en última instancia un límite, a partir del cual hablaremos de lo *inhumano* o *humano* (y también de *sano* y *enfermo*) solo con cierta impropiedad. El límite que traza el libro parece ser el de la capacidad de «dar sentido propio, un sentido humano» a la finitud, muerte y nuestra condición pasajera. Hay que preguntar: ¿quiénes gozamos de esta capacidad? Mientras esta definición ampliaría la condición de lo humano —como animales enfermos— a la diversidad de discapacidades y condiciones, no estoy segura de su fuerza a la hora de hablar de los llamados *problemas límite*. Estos problemas, propios de lo que Luis Sáez Rueda llamó en alguna ocasión las *filosofías de sentido* (209: 139ss), consisten en trazar un límite dentro de lo cual puede hablarse y la esfera donde es necesario callar a la wittgensteiniana. En última instancia, dar sentido es actividad propia de los *reifen Menschen* (cfr. Heinamaa, 2014), seres humanos maduros, quienes constituyen el mundo intersubjetivo *normal*. Estos *seres humanos maduros*, que conforman lo que podríamos definir la normalidad, pueden naturalmente diferir entre sí: la fenomenología admitirá «diferentes humanidades particulares humanas» (Hua XXXIX: 32)⁴. No obstante, ante la lectura de Aurenque de la enfermedad definitoria de la humanidad, debemos preguntarnos por las personas que, en virtud de sus *capacidades* (expresivas, comunicativas, cognitivas, etc.) no participan de esta comunidad. Y es que en la concepción común estos márgenes se definían justamente como *patologías* o *anomalías* o *enfermedades*. ¿Serán ahora menos enfermos por no hacer sentido de su condición? ¿No sufrirán como *nosotros*?⁵ ¿Serán acaso —debemos preguntárselo con toda seriedad a Aurenque y a la fenomenología —*menos humanos*? ¿No se desprende de la noción de *animales enfermos* la idea de que es la participación del mundo de *logos*, compartido comunicativamente o intersubjetivamente, la consecuencia de que solo los que «tienen verdad a partir de la razón» (*La crisis*: 191/Hua VI: 228) padecen propiamente y son propiamente humanos? ¿Quiénes serán las criaturas que no comparten este mundo de los *despiertos*?⁶

4. Se cita la obra de Husserl conforme su edición canónica de obras completas en *Husserliana*: abreviatura Hua, seguida del número de volumen en números romanos y de página. Si existe una traducción al español, se opta por ella.

5. Con independencia de quiénes serán este vago nosotros.

6. En alusión a la sentencia de Heráclito: «Para los que están despiertos, hay un solo y mismo mundo».



De esta forma, la reflexión acerca de la enfermedad nos ha conducido a una sospecha incómoda: a saber, que en nuestra comprensión del sufrimiento operan prejuicios fuertes acerca de los sujetos que sufren o padecen (los sujetos humanos) y sus atributos (sujetos racionales/susceptibles de llegar a serlo de acuerdo con el ideal de la comunicación). El ideal de la salud, por mucho que acojamos, caritativamente, distintas posibilidades de cuidarse y florecer, sigue siendo uno, y tal vez, demasiado humano⁷.

En lo que sigue, pondré en duda esta forma de pensar la humanidad *normal* (y la salud): acudiendo, en primer lugar, a la reflexión antropológica en torno al fenómeno del autismo y su contribución a nuestra idea de la humanidad y, en segundo lugar, valorando la aportación que la visión vitalista y normativista de George Canguilhem hace a *nuestra* (humana) forma de concebir la salud.

EN LOS CONFINES DEL MUNDO *NORMAL*

El libro de Wolf-Meyer, *Unraveling. Remaking Personhood in a Neurodiverse Age*, es un impactante ensayo acerca de las formas de convivencia con las personas en el espectro autista. También plantea una profunda reflexión acerca de nuestra concepción de la humanidad, subjetividad y personhood. Sin entrar en debate acerca de estas nociones, me serviré de los ejemplos que el propio autor ofrece para sostener la idea de la *subjetividad cibernética*: «sujetos comunicativos capaces de usar el lenguaje, aunque este lenguaje puede desafiar las concepciones normativas de la subjetividad simbólica⁸» (Wolf-Meyer, 2020: 165). Estos ejemplos, mostraré a continuación, pondrán en cuestión la idea de la discapacidad o enfermedad planteada desde Aurenque. Para *desenredar* [*unravel*] este reto, me serviré del planteamiento de Canguilhem, cuya concepción de lo normal y patológico permite, a mi juicio, situarnos en una perspectiva mucho más amplia y éticamente demandante.

7. He argumentado en otro lugar (Bak, 2022: 238ss) que la imagen de gran salud de Nietzsche no es solo liberadora para ser humano. Y es que no solo le permite al ser humano trascenderse a sí mismo, superar las nociones fuertemente investidas de valores como lo es la salud (Nietzsche, 2016, § 354). También puede ser capitalizada por las culturas que, sin cuestionar a fondo los fundamentos de la noción de la salud que utilizan, se esfuerzan por reforzar la idea de la *humanidad una (aunque diversa) y sana*.

8. Según mi lectura del libro, la noción de *subjetividad simbólica* hará referencia a la identificación del sujeto y persona con la conectividad (capacidad de entrar en relaciones con los demás) en forma simbólica, preferentemente lingüística. Esta visión está acorde, creo, con la de animales enfermos en la medida en que su capacidad de «hacer sentido» es inminentemente comunicativa.



La historia de Owen Suskind es ampliamente conocida, sobre todo, gracias al relato publicado por su padre, Ron (Suskind, 2014). Se trata de un varón autista que desarrolló una relación especial con las películas de Disney, a través de las cuales consiguió vincularse comunicativamente con la familia y en última instancia, con la sociedad. Wolf Meyer profundiza en la expresión de *vida animada*, elegida por el padre de Owen como título de su relato biográfico, para dotarla de un sentido existencial y ontológico. La animación, según el autor, hace referencia a

la manera en la que las conexiones entre personas se hacen vívidas y que se convierte en la base del desarrollo de la subjetividad. Lo cual significa en práctica que se interactúa con los individuos como con las personas a través un medio y que esta interacción permite que florezcan formas subjetivas no normativas (Wolf-Meyer, 2020: 13)

En el caso de Owen, este medio son las películas Disney, que el chico reproduce constantemente y cuyos diálogos acaba conociendo de memoria. La tesis de *Unraveling* es que el mundo de las películas animadas constituye una herramienta facilitadora de la subjetividad. La interpretación que se hace del comportamiento de Owen dista de concebir su obsesión por las películas meramente en términos de una auto-estimulación⁹ o de una mimesis hueca y sin sentido. Por el contrario, la familia alimenta los intereses del chico, permitiendo que grabe las películas de Disney en VHS y que las reproduzca en el orden ideado por él. De esta forma, con el tiempo, Owen —cuyas capacidades comunicativas estándar sufrieron un deterioro significativo a la edad de tres años, lo cual precipitó el diagnóstico del autismo— empieza a pronunciar frases de los dibujos animados, primero un tanto desfiguradas y luego cada vez más independientes.

A juicio de Wolf-Meyer, lo crucial de este momento de la vida de Owen es que la familia Suskind ve en su comportamiento intentos de comunicar de su vida interior (ib.: 169) y, en consecuencia, promueve «el desarrollo de sus capacidades hacia una implicación social en formas no normativas» (ib.). De esta manera, el comportamiento del niño autista se interpreta como dotado de sentido lo cual supone contradecir la opinión terapéutica, y se ve *animado* en el sentido propuesto por el autor, si bien en un primer

9. Si bien, según reportan otros estudios del caso (como tratados en Smagorinsky, 2016), los profesionales de las ciencias de la salud desaconsejaban dar la rienda suelta a la fijación de Owen, ya que significaba permitir que siga en el comportamiento auto-estimulante y evitativo (ib.: 283) —por tanto, antisocial y que aleja a los sujetos de la senda de la normalización —.



momento la atribución de las capacidades simbólicas le viene dada a Owen desde fuera, por sus familiares.

Con el tiempo, la animación en la que se involucra la familia da sus frutos. Owen no solo se mueve con gran facilidad entre los guiones de las películas, empieza también a improvisar los diálogos y «encontrar una versión de sí mismo que no es una reinterpretación de un personaje de Disney, sino algo más» (ib.: 170). La historia de la familia Suskind culmina con una comunicación interpersonal satisfactoria y con el joven Owen capaz de articular sus planes, emociones y aspiraciones.

Tomando como punto de partida el análisis de Wolf-Meyer en este libro, destaco dos aspectos de la comprensión de las subjetividades *anómalas* que me permiten reflexionar acerca de la noción de humanidad enferma propuesta por Aurenque y formas de radicalizarla.

El primero de ellos tendrá que ver con la noción de *personeidad*¹⁰ que está en juego en el relato de *Unraveling*. Para el autor, tanto la subjetividad como la persona son nociones relacionales y atribuibles externamente: es el proceso mismo de animación el que crea la posibilidad de una subjetividad (ib.: 177). Esto es: la subjetividad y la personeidad nacen en la interacción con los demás y solo en la medida en que los individuos (que para Wolf-Meyer no son idénticos a los sujetos ni a las personas) establezcan conexiones —sean corporales, simbólicas, reconocidas como normales— con los demás. Por lo tanto, no es que la enfermedad sea distintiva de nuestro carácter humano porque sepamos otorgarle sentido a nuestra condición frágil; más bien, somos humanos a pesar de nuestras anomalías, padecimientos y enfermedades solo en la medida en que los demás nos ofrecen esta oportunidad. Esta visión pragmática de la personeidad y la subjetividad fue desarrollada, en su versión más clara y contundente, por autoras como Hilde Lindemann (2014) quienes, defendiendo una posición externalista, identifican ser persona con *ser invitadas a un club*, a modo de reconocimiento. Wolf-Meyer sigue explícitamente esta intuición, al ver las razones del florecimiento de Owen en el comportamiento de su familia y al afirmar que la personeidad es cuestión de reconocimiento. Pero esta noción de la persona se sostiene en el libro con base en un rechazo previo de una *visión neurocéntrica de la subjetividad*. Según su análisis, este paradigma se basa en:

1. La asunción de que es «la conciencia hace la subjetividad posible y subjetividad es requerida para la personeidad » (Wolf-Meyer, 2020: 45).

10. Uso el vocablo *personeidad* más que *personalidad* (que identifico con el carácter de una persona) para referirme a la condición de ser una persona.



2. Una visión simbólica de la subjetividad: la importancia de la comunicación verbal, instituida y mediada por las instituciones (ib: 67) que tienen potencial normativo de decretar hasta qué punto podemos hablar de conciencia (y animar, en consecuencia, a los individuos);

Para Wolf-Meyer, entonces, el reconocimiento mutuo es la forma como se constituye la persona, pero las razones de esta atribución tienen raíces profundas en nuestra comprensión de quiénes pueden ser considerados sujetos (y quienes no). Poner en cuestión este cuerpo normativo favorece, según el texto, una consideración más amplia de la humanidad, de la enfermedad y de personidad.

Un segundo aspecto a destacar tiene que ver con los medios a través de los cuales se lleva a cabo la animación. Wolf-Meyer hace referencia al proceso de *facilitación*: «una interacción procesual entre los cuerpos. La facilitación apunta a un fin que solo puede conseguirse —o puede conseguirse de forma más inmediata— a través de una interacción entre los actores» (ib.: 12)

Esta interacción procesual se lleva a cabo mediante dispositivos técnicos de diversa índole (para Wolf-Meyer, quien sigue en este aspecto en la estela nietzscheana, el abanico tecnológico incluye también el lenguaje).

Bien pensada, la idea de que el ser humano hace uso de distintos aparatos, objetos, dispositivos para poder vivir, es una banalidad. Como se ha puesto de relieve en la sección anterior, la vida humana entera puede concebirse como una respuesta técnica ante la precariedad de la existencia. La fenomenología ha descrito ampliamente la relación entre las tecnologías que son incorporadas en la vida cotidiana de las personas y que hacen más borrosa la distinción entre sujeto y objeto, las cosas y las personas, etc.¹¹

No obstante, la postura de Wolf-Meyer es mucho más radical: es el propio proceso de animación y facilitación el que crea sujetos (siempre en plural) y personas. Ciertas formas de existencia han sido *facilitadas* en su ser y, con el tiempo, se instauraron como las existencias normales —no solo de hecho, sino *de iure*—. De esta forma, el sujeto que fue constituido en la interacción con los demás: parece que solo somos personas en la medida en que lo somos juntas. Es más, tanto la persona como el sujeto encuentran su fundamento en un hecho contingente, en que de hecho han sido facilitadas en un momento del tiempo determinado, en una sociedad concreta. Finalmente, la conclusión del autor es que el trato que adoptamos ante la neurodivergencia se debe a que hemos hipostasiado nuestra propia

11. Para ver el análisis de la relación entre el sujeto y las tecnologías facilitadoras en el contexto de cuidados médicos, remito al estudio de Binnie, McGuire y Carel (2021).



condición hasta convertirla en el modelo normativo de la humanidad (y de la salud). Solo desde esta perspectiva es comprensible como ciertas formas de subjetividad no se han considerado *normales*, se han considerado *enfermas* y han sido excluidas del círculo de la humanidad plena. Pensemos en las consecuencias cotidianas que esta visión tiene para nuestra relación social con la neurodivergencia.

CANGUILHEM O LA NORMA QUE SOMOS

Hasta ahora he puesto de relieve un problema propio de nuestra comprensión de la enfermedad. Partiendo del planteamiento de la Antropología Filosófica, según la cual el ser humano está ontológicamente afectado por su falta de la salud, nos encontramos con la idea, cuyas consecuencias resuenan en nuestro imaginario social, de que el sufrimiento y la enfermedad son consustanciales a la humanidad —y tal vez solo a ella—. En la confluencia de ambos términos, que aquí parafraseamos como «sólo al ser humano le es lícito enfermar» descubrimos que hacer sentido de la propia enfermedad forma parte íntegra de nuestra concepción de la misma. En consecuencia, nos encontramos ante el hecho incómodo de que ciertos individuos —indudablemente humanos en su especie— parecen *distintos*, *anómalos* en la medida en que su capacidad de comunicación es muy disminuida o no se ciñe a los estándares sociales. He sugerido, a raíz del análisis de la condición autista, que esta anomalía apunta al corazón no solo de lo que entendemos por la salud, sino —de forma más inquietante— de lo que entendemos por la humanidad.

El debate entre *discapacidad intelectual* y *neurodivergencia* se plantea entonces en el debate más amplio acerca de nuestra concepción de la salud: unitaria, normativa, y de la concepción antropológico-filosófica subyacente.

Considero que, frente al planteamiento de la Antropología Filosófica, que toma la esencia espiritual del ser humano como punto de partida a la hora de definir la persona y su salud, el planteamiento vitalista —como el que representa Canguilhem— que sitúa en el centro de su análisis la *vida* antes a cualquier noción antropológica específicamente humana, ofrece herramientas muy valiosas a la hora de abordar la cuestión de la discapacidad, divergencia o enfermedad.

Canguilhem reconoce la dualidad de la condición humana, pero más que una condición ontológica, lo ve como una óptica epistemológica: el ser humano

[e]n primer lugar, *se siente* un hijo de la naturaleza y en su relación experimenta un sentimiento de pertenencia y de subordinación, se ve reflejado en la naturaleza y a la naturaleza en él. O bien, *se considera* cara a la naturaleza



como delante de un objeto extraño, indefinible. (Canguilhem, 1976a: 101. *Cursiva del autor*)

El vitalismo se funda en esta primera acepción del ser humano, abandonando la visión dual y conflictuada de la naturaleza humana (al menos hasta cierta época del pensamiento del autor). La propia reflexión vitalista —acusada a veces de mística— se concibe a sí misma como fruto de la continuación de la vida a través de la reflexión (también científica) en y, en cierto sentido también a través del viviente¹². Por esa razón, el vitalismo como postura científica debe comprometerse con el reconocimiento de la originalidad de la vida y postular la prioridad de la concepción biológica de la materia respecto a otras ciencias naturales como física o química que reducen la *especificidad del viviente* (ib.: 110) a leyes deterministas. El viviente que hace ciencia o que reflexiona está en el lugar privilegiado para hablar acerca de la vida.

Dicho esto, Canguilhem se cuida de no decaer en un dualismo que identifique el principio vital con un *alma* (ib.: 112); esto significaría abrazar una especie de cartesianismo. «La vida es aquí al cuerpo viviente lo que el alma cartesiana es al cuerpo humano, al que no anima, pero cuyos movimientos rige voluntariamente» (ib.). La vida es ya conciencia también, y ésta no constituye un contra-miembro de la naturaleza.

¿Cómo conceptualizar entonces la vida desde Canguilhem? Ésta es irreductible a lo meramente mecánico ni a lo meramente dado; tampoco es opuesta a la conciencia, sino que la hace posible y se prolonga, a través de ella, en la infinitud de criaturas vivientes, incluida la humanidad con sus creaciones culturales, técnicas y científicas. Éstas, a su vez, no son ajenas u hostiles hacia la vida, pues también participan del principio vital.

Comprenderla [la máquina, en el sentido de la producción humana, lo artificial, supuestamente no natural] es inscribirla en la historia humana inscribiendo la historia humana en la vida, sin desconocer, no obstante, la aparición con el hombre de una cultura irreductible a la simple naturaleza (Canguilhem, 1976:140).

En el centro del análisis canguilhemiano de la vida radica el viviente, lo individual, pero, a su vez, éste «está con vida en la medida en que se hace vivir» (Macherey, 2009:120). De esta forma, cambian las coordenadas de una antropología filosófica. La experiencia del viviente constituirá el centro de

12. Para un análisis más detallado del lugar de las ciencias en el pensamiento vitalista de Canguilhem, cfr. (Vázquez García, 2015: 38ss)



la reflexión, pero lo será en virtud de la vida que expresa. Adicionalmente, desde esta óptica, el humano viviente sería una de las formas infinitas en las que se puede expresar la vida.

Conduce a arraigar la experiencia del viviente en una región situada antes o en los límites de la conciencia, allí donde se afirma, a prueba de los obstáculos que se oponen a su total expansión, lo que acabamos de llamar «lo viviente del viviente» (...) esfuerzo espontáneo, por lo tanto, anterior y quizás exterior a su reflexión consciente (ib.: 120-121)

¿En qué consiste entonces *lo viviente*? La forma de acceder a ello es a través de sus relaciones con el medio, noción que «está en trance de convertirse en un modo universal y obligatorio de coger la experiencia y existencia de los seres vivientes» (Canguilhem 1976: 151)¹³. No se trata de lazos extrínsecos y pre-establecidos o impuestos sino más bien de nexo que se establece en el encuentro entre lo que el organismo hace con el entorno y lo que el entorno le presenta¹⁴. Estas relaciones constituyen en rigor *el comportamiento del viviente* y lo que denominamos el transcurso de la vida. Y es allí donde se fraguan los conceptos cruciales para la comprensión de la salud y enfermedad y su relación tanto con lo biológico como con lo social.

La vida, como el *habérselas con las cosas*, por usar una expresión zurbiriana que refleja el fulgor de las actividades vitales, debe comprenderse en términos del encuentro entre el ser viviente con obstáculos, desafíos, o *problemas* y el viviente que sale a su encuentro y sale airoso, se adapta, o perece en el intento. Es importante que este medio amenazador no existe con anterioridad al viviente y que se instituye en la actividad vital; esto es, que no hablamos en rigor de un adaptacionismo.

Esta imagen tiene, en la lectura de Macherey, dos momentos importantes.

En primer lugar, que «la vida solo se hace conocer y reconocer a través de sus errores, que en *todo ser viviente revelan su inacabamiento constitutivo*» (Macherey, 2009:118. Cursiva mía). Solo en la medida en que fracasa la relación entre el ser viviente y su medio, podemos aprender algo acerca de

13. Obsérvese el aspecto marcadamente existencial de la vida que, como también lo lee Macherey (2009: 119), se extiende también a la comprensión existencial de la enfermedad.

14. No está demás destacar la enorme importancia que esta noción del viviente y lo viviente ha tenido en las corrientes enactivistas. La corriente enactivista dirá que este nexo consistirá en *sense-making*, hacer sentido, y que esta «actividad» es propio de todo ser viviente, desde uhmildes bacterias hasta seres humanos (cfr. Di Paolo, 2018). Este argumento está en estrecha relación con el



la vida. Foucault, en la introducción a *Lo normal y lo patológico* en su versión inglesa, lo expresa de la siguiente manera:

En el extremo, la vida es lo que es capaz de error. Y tal vez sea precisamente esta posibilidad dada o más bien fundamental, lo que tiene que ser interrogado, teniendo en cuenta el hecho de que la cuestión de la anomalía permea toda la biología, de un lado a otro. Tenemos que hacerla responsable de todo tipo de mutaciones y procesos evolucionarios que induce. (Foucault en Canguilhem, 1991: 22)

En este sentido, podremos profundizar en la condición de *animal enfermo* —ya que la enfermedad es precisamente este *error*— anclándola en el suelo vitalista. El ser humano será *enfermo* de una forma particular, dirá Foucault, y por eso

Tenemos que hacerla responsable [a la vida] de esta mutación singular, este «error hereditario» que hace que la vida dé de sí, en el ser humano, un ser viviente que nunca se encuentra completamente en casa, un ser viviente dedicado al «error» y destinado, en última instancia, al «error». Y si admitimos que el concepto es la respuesta que la vida misma da a esta suerte, parece necesario admitir que el error está en la raíz de todo lo que configura el pensamiento humano y su historia (ib.).

El ser humano *será enfermo* porque la vida que vive consiste un esfuerzo constante por ser, una apertura hacia nuevas experiencias cuyo éxito o fracaso es incierto (Macherey 2009: 121). La posibilidad de fracaso, la enfermedad, este *error* de dimensión existencial, adquiere en Canguilhem un protagonismo decidido: «La enfermedad nos revela funciones normales en el preciso momento en que nos impide ejercerlas». (Canguilhem, 1971: 71). El estudio de la misma no se reduce entonces a constatar carencias, anormalidades, malfuncionamientos en referencia a un ideal de la salud. Por el contrario, «las enfermedades son nuevos procesos de la vida» (ib.: 70-71) y el análisis permite comprender la situación existencial del viviente¹⁵ y determinar el carácter de su padecimiento. A su vez, es crucial insistir en ello, la prioridad ontológica de la enfermedad nos revela que la salud, o la *función normal*, es un proceso que ha podido *salir adelante*.

En este punto es importante destacar la segunda observación de Macherey: el hecho de que la vida se entienda en términos de error y acierto implica que ella misma tiene un carácter normativo.

15. Macherey trae a colación una importante cita de lo normal y patológico en este contexto: «en el fondo, el punto de vista verdadero es el del enfermo» (Canguilhem, 1966: 53 en Macherey, 2009: 120 cfr. También Canguilhem 2012: 60-61)



De esta forma —sugiere Macherey— se invierte la perspectiva tradicional sobre la relación entre la vida y las normas: no es la primera la que está sometida a las segundas, mientras estas actúan sobre ella desde el exterior; antes bien, el movimiento mismo de la vida produce las normas de manera completamente immanente. Esa es la tesis central de *Essai*: hay una normatividad esencial de lo viviente, creador de normas que son la expresión de su polaridad constitutiva (Macherey, 2009: 122).

He aquí una importante diferencia con el enfoque defendido por Aurenque. Mientras la antropología filosófica reserva el ámbito de las normas y los valores a lo propiamente humano y mirando la naturaleza con la ambivalencia que oscila entre el reconocimiento de su potencial y la desconfianza hacia esta fuerza bruta, Canguilhem afirma una co-originariedad entre el hecho (viviente) y el valor. Esto quiere decir que la patología no es equivalente a una *anomalía*, una diferencia de carácter meramente *descriptivo*. No hay mutaciones *per se* patológicas; tienen que ver, más bien, con «la relación del organismo individual con el medio correspondiente. Si la variación permite estructurar el entorno, se hablará de una anomalía sana o progresiva» (Vázquez García 2018: 116).

En este sentido, el viviente sí se comporta de forma normativizante estructurando el entorno. La vida, el esfuerzo por ser, es todo menos indiferencia y en este sentido constituye ya siempre un sistema, por modesto que fuese, de preferencias u orientaciones: «Vivir es, incluso en una ameba, preferir y excluir». (Canguilhem, 2012:100) En esta perspectiva, el error nace cuando el sistema de preferencias no es capaz de imponerse a los *problemas* del medio.

En tercer lugar, en el caso de la especie humana al menos, el normativismo vital está operando tanto a nivel biológico como a nivel social¹⁶. La ciencia, cultura, técnica, al originarse en la propia vida operan, a la vez, con la normatividad que les es inherente, configurando la *vida social* que ahora se presenta como un hecho total, como la manera humana de manifestarse la vida. De forma importante, hay que señalar que las actividades humanas participarán de los dos órdenes, el natural y social, que ya no serán opuestos. Como observa Macherey, la historia humana es simultáneamente natural y social (Macherey 2009: 142). El conocimiento es siempre, según Canguilhem, un conocimiento situado y humano y nuestras categorías también lo son. La normatividad que opera en la evolución de las

16. Vázquez García (2018) analiza cómo varía la posición de Canguilhem en cuanto a la relación entre el normativismo biológico y social. Aquí no damos cuenta de estos matices, tomando por



sociedades humanas no se refiere exclusivamente a las formas de organización política o gobierno, sino también a la manera en la que estructuramos el conocimiento, objetividad etc. Como observa Vázquez García, esto significa también que nuestra comprensión de lo normal también es, en última instancia una construcción social, tal vez idealizada, en torno a nosotros mismos. De forma importante, «esto vale no solo para normas como la estatura o la esperanza de la vida promedio, sino para constantes que a primera vista parecen independientes de la circunstancia social, como el ritmo respiratorio, la glucemia, la tensión arterial, la temperatura corporal o la diuresis». (Vázquez García, 2018: 116). Los conceptos, en tanto efectos del conocimiento situado de los seres humanos, tienen también su genealogía.

Por tanto, para analizar *á la Canguilhem* las condiciones que se sitúan en los *márgenes de la normalidad humana* hay que repensar, según propongo en este capítulo, la genealogía natural y a la vez social de las normas que regulan el valor de una *mente humana*.

CONCLUSIONES: CANGUILHEM Y EL FLORECIMIENTO AUTISTA

A lo largo de estas páginas he pretendido esbozar las coordenadas en las que podría enmarcarse una discusión acerca de los límites de la normalidad humana a la luz del normativismo vital de Canguilhem. Su consideración de la relación entre la salud y la humanidad parece articular de forma más amplia la problemática inherente a la cuestión de qué significa estar o ser enfermo. Paradójicamente, aunque las posturas herederas de la Antropología Filosófica insisten en la necesidad de partir de la experiencia humana para comprender el sentido de la enfermedad, tienen mayores dificultades a la hora de ser realmente incluyentes en sus definiciones. Como se ha sugerido, este problema se debe en buena medida a la concepción del ser humano que se maneja.

Precisamente el ejemplo de Owen Suskind plantea la posibilidad de que nuestra disposición a reconocer el malestar varía en función de nuestra comprensión de lo que significa sufrir (hacer sentido) y de nuestra capacidad de comunicarnos con el otro. Rara vez, afirman Pellicano y Heyworth (2023: 419) las personas con autismo han sido invitadas a discutir el sentido de su bienestar.

A su vez, el ideal de la comunicación está instituido de tal forma, que ciertos comportamientos no se consideran suficientes y no siempre se facilitan por otros medios. Como afirman Pellicano y Heyworth, la persecución de este ideal es excluyente:

El funcionamiento comportamental, cognitivo y neural de las personas autistas a menudo se comparan con un nivel típico o «normal» de la



habilidad, que se proyecta como el «estado de salud» ideal. Las intervenciones y tratamiento se diseñan para ser aplicados individualmente para remediar cualquier insuficiencia aparente, poniendo a las personas autistas en la misma línea con la norma aceptada. (ib.: 420)

Ahora bien, gracias a Canguilhem podemos comprender que la *anormalidad* de ciertos sujetos viene desde el quiasmo entre sus particularidades constitutivas y la institución, promoción y facilitación histórica de otras posibilidades y experiencia. De esta constatación se sigue una tarea, a saber, la de repensar las posibilidades de facilitación y florecimiento de distintas condiciones. Por florecimiento entendemos, según lo que plantean las autoras, la autonomía en la definición del bienestar. Estamos entonces compelidos a reconocer otras maneras de ser y comunicarse, aunque esto cuestione radicalmente nuestras propias convicciones.

REFERENCIAS

- AURENQUE, D. (2022). *Animales enfermos. Filosofía como terapéutica*. Chile: Fondo de Cultura Económica.
- BAK, A (2022) «La errancia lúcida en la enfermedad. El resplendor en el quicio de la pérdida y la respuesta» en Saez Rueda, L., Villamil, M.A. (eds.) *Pensar la erraticidad. Al otro lado del ocaso*. Guillermo Escolar Editor: 265-288
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M., & FRITH, U. (1985). «Does the autistic child have a theory of mind?». *Cognition*, 21, 37-46
- BINNIE K, MCGUIRE C, CAREL H. (2021) «Objects of safety and imprisonment: Breathless patients' use of medical objects in a palliative setting». *Journal of Material Culture*, 26(2): 122-141. doi: 10.1177/1359183520931900
- CANGUILHEM, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI editores.
- (1976) *El conocimiento de la vida*. Editorial Anagrama
- (1991). *The normal and the pathological*. Nueva York: Zone Books
- CAZANELLI, S. (2024) «Filosofía de la vida y hermenéutica de la vida. Heidegger y Rickert». En Contreras S., A.F. *La vida como lugar del pensar*. EUG: 133-157
- HEINAMAA, S. (2014) «The Animal and the Infant: From Embodiment and Empathy to Generativity» en Heinämaa, S., Hartimo, M., & Miettinen, T. (eds). *Phenomenology and the Transcendental*. Routledge: 129-146.
- LINDEMANN, H. (2014). *Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identities*. Oup USA.
- HUSSERL, E. (1976) *Husserliana VI. Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*, ed. W. Biemel [Hua VI]. trad. española y estudio preliminar de J. V. Iribarne (2008) *La crisis de las ciencias europeas*, Buenos Aires: Prometeo Libros [*La crisis*]



- HUSSERL, E. (2008) *Husserliana XXXIX. Die Lebenswelt. Auslegungen der vorgegebenen Welt und ihrer Konstitution. Texte aus dem Nachlass (1916-1937)*, ed. Rochus Sowa, Dodrecht: Springer; [Hua XXXIX]; Edición en castellano (inédito). *El mundo de la vida. Explicitaciones del mundo predado y de su constitución. Textos del legado (1916-1937)*. Trad. Roberto Walton
- NIETZSCHE, F. (2016). *La gaya ciencia*. Tecnos.
- PARRA RUBIO, F. (2025). «Intersubjective, systemic, and sensory roots of autistic social difficulties: a critical evaluation of enactivist and phenomenological approaches». *Synthese* 205, 153. <https://doi.org/10.1007/s11229-025-04995-8>
- PELLICANO, E., & HEYWORTH, M. (2023). «The Foundations of Autistic Flourishing». *Current Psychiatry Reports*, 25(9): 419-427. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01441-9>
- PLESSNER, H. (2022) *Los grados de lo orgánico y el hombre. Introducción a la antropología filosófica*. EUG.
- SÁEZ RUEDA, L. (2009). *Ser errático. Una ontología crítica de la sociedad*. Editorial Trotta.
- SAN MARTÍN, J. (2015). *La nueva imagen de Husserl. Lecciones de Guanajuato*. Editorial Trotta
- SCHELER, M. (2000). *El puesto del hombre en el cosmos. La idea de la paz perpetua y el pacifismo*. Alba Editorial.
- SMAGORINSKY, P. (2016). «An Autistic Life, Animated Through the World of Disney: A Loving Autoethnography». En *Creativity and Community among Autism-Spectrum Youth: Creating Positive Social Updrafts through Play and Performance*. Palgrave Macmillan US: 269-291 https://doi.org/10.1057/978-1-137-54797-2_11
- SUSKIND, R. (2014). *Life animated: A story of sidekicks, heroes, and autism*. Kingswell.
- VÁZQUEZ GARCÍA, F. (2018). *Georges Canguilhem. Vitalismo y ciencias Humanas*. Editorial UCA.
- WOLF-MEYER. (2020) *Unraveling. Remaking Personhood in a Neurodiverse Age*. University of Minnesota Press.





SALUD Y VIDA: DE AGENCIAMIENTOS Y POTENCIAS

ANTÍA PIÑEIRO BALVÍS

Universidad de Granada, UGR

ORCID: 0009-0001-5008-1772

INTRODUCCIÓN

En este libro nos hemos propuesto pensar acerca de la salud. Sobre ello, hay mucho escrito. Uno siempre puede recurrir a la lectura de artículos, libros, monografías... Es más, debemos hacerlo. Al menos para intentar encontrar en las palabras de los otros algo que resuene con nuestra vida, algo que vibre con nuestro cuerpo. A partir de los otros podemos pensar, no repitiendo sus ideas sino más bien extrayendo de ellas lo que funciona para nosotros. Esta es una idea deleuzeana, aunque también resuena en su coetáneo Michel Foucault: usar los libros como cajas de herramientas. La pregunta no es: ¿qué nos quiere decir aquí el autor? Sino, ¿cómo funciona esto para mí? En palabras de Gilles Deleuze: «Leer es eso, es encontrar nuestras propias moléculas» (2019: 171). Pero para pensar la salud, y con ella la enfermedad, no es suficiente encontrarse cara a cara con miles de palabras dispersas que rellenan hojas en blanco. Parece que, de forma casi evidente, la filosofía nos reclama poner el cuerpo y comprometernos con lo que estamos a punto de decir. Por eso es un tema al que una debe acercarse con cautela, con prudencia y sin hacer demasiado ruido, para poder escuchar tanto al cuerpo propio como a todos los cuerpos que susurran, gritan y también callan.

En este breve capítulo no queremos dar soluciones, proponer definiciones o modelos mediante los cuales pensar nociones como salud y enfermedad, normal y patológico. Autores contemporáneos como Bruno Latour o Isabelle Stengers nos recuerdan, a través de su pensamiento, que los grandes conceptos no sirven para explicar sino que, más bien, ellos deberían ser explicados (Stengers, 2017: 46). Nos centraremos, entonces, en procurar un punto de vista que nos permita ir más allá de las nociones clásicas y hegemónicas de salud y enfermedad. Buscaremos esas moléculas de las que nos



hablaba Deleuze. Toda nuestra propuesta pivotará alrededor de una ontología relacional de corte vitalista. Como se verá, estableceremos alianzas no solo con autores y autoras de una tradición filosófica de carácter más académico, sino que también buscaremos otras voces en fuentes menos clásicas.

En el primer apartado nos centraremos en el cuestionamiento de las nociones de salud y enfermedad contemporáneas. Para ello, rastreamos algunas dinámicas que consideramos ilustradoras de nuestro tiempo. Destacaremos, en este sentido, dos procesos actuales: la «voluntad de salud», planteada por el sociólogo Nikolas Rose y que encontraremos también en autores como el colectivo Tiqqun, y el paso de una medicina terapéutica a una genética, brevemente esbozado por Gilles Deleuze en su famoso *Post-scriptum sobre las sociedades de control*. En el siguiente apartado, a través de diversos autores, apuntaremos hacia una concepción de salud que entrará en diálogo con la noción de vida y nuestros modos de comprenderla. Nos situaremos en una suerte de bio-filosofía para la cual la vida, y por tanto el viviente, es vista como potencial y normativa de forma inmanente. Salvando las diferencias entre filósofos, en esta corriente nos podemos encontrar con Baruch Spinoza, Friedrich Nietzsche, Henri Bergson, Georges Canguilhem o Gilles Deleuze (Frigerio, 2020: 31). Nosotros también incluiremos en este capítulo a Gilbert Simondon, Alfred North Whitehead o Luis Sáez Rueda. A partir del pensamiento de estos, pasaremos a caracterizar la vida como excesiva, disyuntiva, creativa y también normativa. Todo este despliegue nos permitirá comprender la íntima relación que acontece entre vida y salud, entendiendo esta última como expansión de la potencia del viviente. En el último apartado, de cara a concluir, pensaremos acerca de la dimensión colectiva de la salud. Para ello, se traerá el concepto deleuzo-guattariano de agenciamiento y se propondrá una suerte de derecho a la experimentación de corte nietzscheano.

TODOS SOMOS ENFERMOS POTENCIALES

Pensar acerca de las nociones de salud y enfermedad es un ejercicio complicado. Parece que el punto de inicio debe ser una pregunta del tipo: ¿qué es la salud? ¿Qué es la enfermedad? Pero tales interrogantes nos condicionan a emprender una búsqueda que, rápidamente, resulta infértil: buscar *qué es* implica buscar *la esencia de*. Y entonces nos topamos con un problema filosófico más grande, e incluso inalcanzable, que nos desvía y nos obliga a recorrer un laberinto del que podríamos no salir. Por eso, el pensamiento filosófico debe encontrar sus propias estrategias. Aquellas que le permitan sobrevivir para poder continuar, crecer, expandirse... En este caso, hemos decidido tomar como punto de partida la definición de salud que nos



presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundacional de 1948: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2014: 1). Es decir, la salud no es la mera ausencia de enfermedad sino que implica algo más y trasciende la mera falta de malestar. Así entendidas, salud y enfermedad no son dos nociones que se excluyen mutuamente y se presentan como incompatibles, pues «la simple ausencia de enfermedad no implica la salud» (Saborido, 2020: 35). Ahora bien, en esta definición que nos propone la OMS se opera una suerte de truco de prestidigitador que nos distrae y nos hace mirar hacia otro lado. Pensemos de nuevo en la primera parte: la salud es un estado de completo bienestar —físico, mental y social—. Igualar salud a bienestar nos conduce a otro problema que tiene que ver, en este caso, con el segundo concepto escogido. ¿De qué hablamos cuando hablamos de bienestar? ¿Qué quiere decir vivir bien?

Visto esto, tratemos de hacer aterrizar el concepto de salud de cara a poder situarlo en nuestra contemporaneidad. Siguiendo las sugerencias de autores como Cameron Duff (2014) o Monica Greco (2004), la salud a día de hoy es un concepto que está sobre-codificado y ha evolucionado hasta un punto en el que se incluye toda «una letanía de fenómenos biológicos, genéticos, fisiológicos, psíquicos, sociales, culturales, políticos y económicos»¹ (Duff, 2014: 64). Dicho de otro modo, esa definición de la OMS puede funcionar en tanto permite incluir más y más ámbitos diversos que se presentan como aparentemente necesarios y fundamentales para el bienestar de las personas. Ahora bien, ¿qué es lo que verdaderamente nos dice todo esto? ¿Acaso se mejora la definición del concepto cuando añadimos más y más adjetivos al mismo?

Sin pretensión de definir taxativamente, Nikolas Rose rastrea la evolución de la noción de salud y su íntima relación con la biopolítica foucaultiana hasta llegar a nuestro presente. En este sentido, apunta y caracteriza una dinámica de nuestro tiempo que nombra como *will to health* (Rose, 2001: 6). Podríamos explicar esta *voluntad de salud*², de forma sintética y resumida, como el proceso por el cual todas las personas deben convertirse en «socios activos» de su propio bienestar y aceptar su responsabilidad en tal asunto. En esta misma línea, pero desde un lugar diferente, el colectivo Tiqqun³ se hace eco de este proceso contemporáneo por el cual pasamos a

1. La traducción es nuestra.

2. Esta es la traducción que le daremos en el texto al concepto de Nikolas Rose.

3. Tiqqun es un colectivo que se funda en 1999 y se disuelve en 2001, tras los atentados del 11 de septiembre. Sus publicaciones se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://tiqqunim.blogspot.com/p/primer.html>.



ser una especie de gestores de riesgos de nuestros propios cuerpos —y nosotros añadiríamos: de nuestra *vida*—. Una imagen cotidiana que nos puede ayudar a pensarlo: el reloj inteligente o *smartwatch*⁴. Un dispositivo digital que está en contacto ininterrumpido con nuestra piel, a través del cual podemos conocer en todo momento nuestra frecuencia cardíaca, nuestro nivel de oxígeno en sangre, nuestro nivel de estrés, nuestra temperatura... Y todo eso durante el día, porque además también nos permiten monitorizar nuestras horas de sueño para saber cuántas veces nos hemos despertado a lo largo de la noche, cuál ha sido la duración de nuestra fase REM, cuánto tiempo hemos disfrutado de la fase de sueño profundo... En fin, gracias a este pequeño dispositivo y sus diversas funcionalidades, pasamos a ser una suerte de Yoes cuantificados dispuestos a monitorear, medir y optimizar frenéticamente cada uno de nuestros gestos y afectos (Comité Invisible, 2015: 41). En palabras del colectivo Tiquun:

[Nuestro cuerpo] Quiere cremas para no envejecer, pues nuestros ojos se cubren de arrugas. Reclama un gel para nuestras piernas, puesto que ya nos pesan. Este producto le hace falta para broncearse, ese otro para no quemarse y aquel, sobre todo, para *mantenerse firme*. Solo nos queda reunir la profusión de decretos así emitidos y después ejecutar las órdenes, todo *por nuestro bienestar* (2012: 163).

Todo por nuestro bienestar, pero de nuevo nos preguntamos... ¿Qué bienestar? Lo fundamental, en este punto, es lo siguiente: aunque no podemos definir nociones como salud —o bienestar, o resiliencia, o empoderamiento, o cualquier palabras que se pueda usar como sinónimo intercambiable—, sí podemos rastrear en nuestro presente las características de una suerte de modelo de salud contemporáneo. A partir de ahí, de ese ejercicio filosófico de indagación y problematización, podremos encontrar otros modos de experimentar tales nociones. En resumen, no podemos definir la salud como tal, pero sí podemos indagar acerca de ese modelo de salud hegemónico que se expresa en discursos, prácticas, convenciones sociales, instituciones... que están teniendo lugar en el presente que habitamos. Solo a partir de esta suerte de ejercicio de descriptación, nos encontraremos en situación de construir líneas de fuga que, a su vez, serán líneas de experimentación. Este modelo, no obstante, no es una especie de plan unificado

4. Aunque aquí hablemos acerca de estos dispositivos desde la perspectiva de los usuarios, también cabe mencionar cómo se está investigando las potencialidades de estos en la clínica. Destacamos, en este sentido, un artículo publicado a inicios de este mismo año en la revista *Cell* acerca de la posibilidad de mejorar la comprensión, e incluso predecir, «*psychiatric disorders*»: Liu, Jason J. et al. (2025).



que nos imponen poderes ocultos que están por encima de nosotros. Ese es el sueño de los adeptos a las teorías de conspiración que, en palabras de Paul B. Preciado, desearían «una gran teoría total subyacente a los hechos» (2023: 290). Pero las cosas son más escurridizas y menos claras, más frágiles y menos firmes. En definitiva, mucho más precarias y múltiples de lo que solemos pensar.

En una entrevista del año 1977, Michel Foucault lo resume de forma clara y precisa: «Lo que busco es intentar mostrar cómo *las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos*. Existe una red de bio-poder, de *somato-poder* [...]»⁵(1979: 156). Y, por tanto, una somato-política⁶ que atraviesa el espacio que habitamos y se filtra a través de nuestros poros en los cuerpos individuales. Aunque quizás es necesario revisar la imagen que acabamos de proponer, en tanto puede confundirnos. Ese somato-poder no es externo a los cuerpos, no procede desde fuera y va hacia adentro, permeando en un cuerpo que es ontológicamente anterior a su influencia y afectación. Este tipo de operatividad resuena con el hilemorfismo filosófico, en tanto los cuerpos se comprenden como materia pasiva que está dispuesta a ser moldeada desde el exterior. Pero la cuestión es la siguiente: el cuerpo no es el campo de batalla de los poderes y sus fuerzas, sino que *es constituido por las fuerzas mismas* hasta que es capaz de decir «Yo» (Preciado, 2023: 111). Estas mismas fuerzas bio-políticas o somato-políticas lo fabrican, lo ponen a trabajar... Pues los cuerpos no son lugares en los que las fuerzas actúan, sino productos de las interacciones de tales fuerzas. Por decirlo con las palabras del filósofo Alfred North Whitehead: «el cuerpo forma parte del mundo exterior y hay entre ambos continuidad. [...] Es más, si queremos ser rigurosamente exactos, *no podemos definir dónde comienza el cuerpo y dónde termina la naturaleza exterior*» (1944: 33)⁷. Asimismo, y pensando lo que aquí nos concierne, diríamos que *no podemos definir dónde comienza el cuerpo y dónde terminan las relaciones de poder y fuerzas que lo constituyen*.

De este modo, en nuestro presente, este poder que penetra en los cuerpos se encuentra en constante contacto con nuestras vidas. Aunque no pretendemos hacer una radiografía completa de las múltiples y diversas dinámicas contemporáneas, sí consideramos de interés señalar algunas de

5. El subrayado es nuestro.

6. En palabras de Preciado: «[Para Foucault] las técnicas gubernamentales biopolíticas se extendían como una red de poder que desbordaba el ámbito legal o la esfera punitiva, convirtiéndose en una fuerza “somatopolítica”, una forma de poder espacializado que atravesaba la totalidad del territorio hasta penetrar cada cuerpo individual» (2023: 111).

7. El subrayado es nuestro.



éstas y ponerlas en relación con lo que aquí nos concierne. Una imagen que propone Gilles Deleuze puede funcionar en este punto:

Estamos entrando en unas sociedades de control, que se definen de un modo completamente distinto a las sociedades de disciplina. Los que cuidan de nosotros ya no tendrán necesidad de espacios de encierro. [...] Las sociedades de control no necesitarán ya espacios de encierro. [...] Un control no es una disciplina. Mediante una autopista no se encierra a nadie, pero se multiplican los medios de control. No digo que éste sea el único fin de la autopista, sino que la gente pueda entrar y salir infinita y «libremente» de ellas sin estar en absoluto encerrada pero estando perfectamente controlada. Éste es nuestro porvenir (2005: 287-288).

Las sociedades de control, siguiendo al filósofo francés, se caracterizan por un tipo de poder silencioso, menos rígido y más difícil de reconocer. La figura animal que Deleuze propone como afín a este tipo de poder es la serpiente: animal sinuoso, ondulatorio, en continuo movimiento, flexible... Y el reptil se enfrenta al topo⁸, imagen zoopolítica de las sociedades disciplinarias y de los espacios de encierro: animal subterráneo que construye túneles rígidos, moldes en los que habitar y de los que no salir. De una gestión de moldes, por tanto, se pasaría a una de modulación: «los encierros son moldes o moldeados diferentes, mientras que los controles constituyen una modulación, como una suerte de moldeado autodeformante que cambia constantemente y a cada instante, como un tamiz cuya malla varía en cada punto» (Deleuze, 2014: 151).

¿Cómo entender esto desde la perspectiva de la salud-enfermedad que aquí tratamos de dilucidar? Pues pensemos en que el hospital opera como un molde: cuando uno llega se convierte en paciente, es decir, cumple una función. Pero la relación hospital-paciente es discontinua, pues exige la presencia del sujeto así como su demanda. En la actualidad, no obstante, no es necesario acudir a la institución hospitalaria sino que los sujetos establecen relaciones continuas con su salud. Basta recordar, en este punto, la cuestión de los *smartwatches* y su relación con esa suerte de *voluntad de salud* (*will to health*) que plantea el sociólogo Nikolas Rose. Lo fundamental es lo siguiente: no es necesario padecer o estar enfermo para vigilar nuestras constantes, todos somos una especie de enfermos potenciales en busca de una

8. La imagen del topo nos remite a Karl Marx, quien hace del animal un sinónimo de la revolución. El topo, por tanto, es el revolucionario paciente que trabaja de forma soterrada, e invisible, para transformar la sociedad. Consultar en: Marx, K. (1974). «Discurso pronunciado en la fiesta de aniversario del People's Papers». En: *Obras escogidas de C. Marx y F. Engels*, 1: 542-543. Moscú: Progreso.



salud óptima o, incluso, de un completo bienestar —tal y como redacta la OMS en 1948—. Dicho de otro modo, aquellos que buscan la salud «llevan una vida de enfermos para no serlo» (2012: 164).

Aunque estemos haciendo referencia a esa especie de auto-vigilancia que los sujetos experimentamos con nosotros mismos, cabe señalar que la institución o el dispositivo médico también se flexibiliza. Son dos dinámicas que se acompañan pero que, a su vez, se diferencian. En este sentido, Deleuze habla de una «nueva medicina “sin médico ni enfermos” que localiza enfermos potenciales y grupos de riesgo» (2014: 154). De forma similar, el colectivo Tiquun apunta hacia la evolución de una medicina terapéutica a una genética que «sabría establecer qué enfermedades *podríamos* padecer» (2012: 164). De este modo, el par dicotómico salud-enfermedad comienza a disolverse o, cuanto menos, las fronteras entre ambos estados parecen volverse más porosas, menos rígidas y evidentes. En resumen, por un lado, hablamos de esa suerte de enfermos en búsqueda de su salud y, por otro, señalamos una flexibilización del dispositivo médico que busca enfermos potenciales desde una medicina que está dejando ya de ser terapéutica.

No obstante, es necesario puntualizar que la disciplina coexiste y convive junto con el control. Es decir, los espacios de encierro siguen existiendo y funcionando en nuestro tiempo, junto con las dinámicas más abiertas de ese nuevo tipo de sociedad que nos presenta Gilles Deleuze. Basta remitirse, en el ámbito médico y hospitalario, al campo de la práctica psiquiátrica: ingresos involuntarios, tratamiento ambulatorio involuntario⁹, contenciones mecánicas¹⁰ y un largo etcétera que aquí no podemos tratar con la extensión que realmente se merece¹¹. Por tanto, esas fronteras más porosas pueden convertirse en claras líneas de demarcación cuando nos encontramos en espacios concretos como el de la clínica. No podemos evitar pensar en Kate Millet, quien en su obra *Viaje al manicomio* lo resume a la perfección:

9. Para más información acerca del TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario), se recomienda consultar la revisión realizada por el proyecto Primera Vocal: <https://primeravocal.org/tai-tratamiento-ambulatorio-involuntario/>. En esa misma página web, el lector podrá encontrarse con una gran diversidad de textos, traducciones, recursos... La gran mayoría de ellos relacionados con la salud mental y la crítica al capitalismo.

10. Recomendamos consultar la página web #0Contenciones, elaborada por el Colectivo Locomún. Disponible en: <https://0contenciones.org/# la-campana>.

11. A pesar de lo dicho, esto no implica que en el campo de la psiquiatría no haya asimismo ciertas dinámicas de control como las que venimos mencionando. Franco Rotelli, discípulo de Basaglia y continuador de su legado, también lo advertía hace un par de años: «Seguramente todas estas palabras —pobreza, miseria, exclusión, segregación— han desaparecido del vocabulario de la psiquiatría reformada, sustituidas por nuevas indexaciones de la fragilidad, de la vulnerabilidad y del riesgo, o por las listas de determinantes de salud y por los algoritmos que puedan derivarse de ellas» (2023).



«Permanecer cuerdo en un manicomio es desafiar su definición» (2019: 260). Por tanto, podríamos decir que estar sano en una cama del hospital es desafiar su definición. El dispositivo hospitalario sigue subjetivando a aquellos que habitan sus espacios y sus tiempos y, a su vez, fuera de estos nos encontramos con una demanda de salud que nos afecta y subjetiva también.

SALUD Y VIDA: EXPANSIÓN COMO MEDIDA

Tras intentar aportar una cartografía de nuestro presente, la cual es sin duda provisional y limitada, nos gustaría pensar en positivo. Es decir, ¿podemos construir un concepto de salud, y por tanto de enfermedad, que sea distinto? En primer lugar, debemos constatar lo siguiente: tratar de definir la salud implica operar desde una lógica atributiva que sigue el esquema de «A es B» —recordando la definición de la OMS: la salud *es* bienestar—. Por tanto, es necesario cambiar el punto de vista desde el que miramos a estos conceptos. Salud y enfermedad no son estados o propiedades de las que podemos disponer, sino más bien procesos o devenires dinámicos (Duff, 2014; Fox, 2011; Buchanan, 1997). Ahora bien, entender el par salud-enfermedad desde esta perspectiva exige, a su vez, renunciar a la idea de una subjetividad autárquica, cerrada sobre sí misma... Es decir, nos fuerza a dejar de pensar en un individuo autónomo que no es más que una «solitaria isla de “sí mismo”» (Gilbert, Sapp y Tauber, 2021: 39). Desde aquí, salud y enfermedad se entenderán a través de un paradigma que podríamos nombrar como “relacional” frente a un esquema sedentario que clausura los conceptos sobre sí mismos. Las relaciones, no obstante, no ocurren exclusivamente entre seres humanos. El marco que nos interesa proponer entiende que las cosas son productos de procesos que envuelven encuentros entre actores vivientes y materiales o tecnológicos (Duff y Andrews, 2019: 124). Por tanto, partimos de la convicción de que actores y fuerzas no-humanos también contribuirán a la emergencia del cuerpo sano-enfermo.

Ahora bien, ¿cómo podemos dar una medida para valorar cuando un cuerpo deviene sano o cuando deviene enfermo? ¿Acaso no es eso lo mismo que atribuir, definir y, por tanto, clausurar? En este punto, consideramos fundamental retomar el pensamiento de Georges Canguilhem, quien dedicó gran parte de su vida a la problematización de todas estas cuestiones. El filósofo francés nos dice:

Por lo tanto, la vida no es para el ser vivo una deducción monótona, un movimiento rectilíneo, sino que ignora la rigidez geométrica, es debate o ajuste de cuentas con un medioambiente en el que hay huidas, agujeros, escamoteos y resistencias inesperadas. [...] Sostenemos que la vida de un ser vivo, aunque se tratase de una ameba, sólo reconoce las categorías de salud



y enfermedad en el plano de la experiencia, y no en el plano de la ciencia. La ciencia explica la experiencia pero no por ello la anula. [...] Estar en un buen estado de salud significa poder enfermarse y restablecerse, es un lujo biológico (2005: 151).

Es decir, la salud no es algo que se pueda cuantificar con el rigor y la exactitud que parecen exigir las ciencias. No es un hecho objetivo que pueda ser diseccionado por el conocimiento científico, sino un proceso dinámico que tiene cierto carácter experimental. Además, la salud y la enfermedad no son tampoco hechos aislados, en tanto en cuanto su emergencia acontece como un debate o ajuste de cuentas, en palabras de Canguilhem, con el medio en el que habita. Cabe aclarar que cuando se habla de medio no nos referimos a un medioambiente externo y objetivable que rodea al sujeto. Esta separación sujeto-medio no tiene cabida aquí. El medio al que se refiere Canguilhem no sólo se ve afectado por la acción de aquellos que lo habitan, sino que a su vez los afecta y los constituye. Tomemos la siguiente imagen: «Una manada de jabalís se mueve siguiendo los rastros que entiende como elementos conformadores de su lugar de vida; vive, en efecto, en un territorio lleno de puntos de referencia, de afectos, de senda, no vive en el medio ambiente» (Vidalou, 2020: 230). No hay un sujeto que construye un medio que le es externo, no hay una mera interacción sino más bien *interpenetración*. La manada de jabalís, entonces, no se apropia del territorio que le rodea sino que deviene apropiada *«por y para»* el espacio en la misma medida en que se lo apropia marcándolo, creando con los lugares una concordancia corporal por la cual el “sí-mismo” y el “no-sí mismo” se vuelve indistintos» (Despret, 2022: 33). Podríamos afirmar, entonces, que la salud es la capacidad del viviente de mantenerse en constante interacción, o *interpenetración*, con aquello que le rodea. Dicho de otro modo: la salud es la capacidad de expandirnos, de afectar y ser afectados para formar nuevas relaciones (Buchanan, 1997). Esta es la medida que proponemos: la salud como expansión. En este sentido, cabe puntualizar que nos movemos más allá de los márgenes de lo que, a día de hoy, se conceptualiza como «adaptación»¹². No hablamos de salud en tanto adaptación al medio, pues consideramos que esta explicación es insuficiente por dos razones fundamentales: la actividad vital es excesiva y

12. En uno de sus textos más recientes, el psiquiatra Manuel Desviat analiza el uso de la noción de «adaptación» en la clínica contemporánea y su relación con las dinámicas del sistema capitalista. En sus palabras: «tras la aparente neutralidad de la Psiquiatría biológica y las técnicas psicológicas de la adaptación, está la acción política neoliberal» (2024: 147). Aunque aquí no podemos ahondar en la cuestión, recomendamos la lectura de su capítulo «Otro trato es posible: la clínica participada» (2024: 145-166).



disyuntiva. Y, como veremos, las reglas que de ello surgen serán la creación y la divergencia (Deleuze, 1987: 102).

En primer lugar, la vida es siempre *excesiva* respecto a su entorno e, incluso, respecto a sí misma. El filósofo Luis Sáez Rueda, en su obra *Tierra y destino* (2021), propone una noción que consideramos muy acertada: la vida como «gesta excéntrica»¹³. Y nos dice:

Cuando sugiero que el devenir de la naturaleza, y de la vida en su seno, es una gesta me refiero a que en el proceso de su autogeneración creadora acontece, al mismo tiempo, esta tendencia a dejar a un lado la mera supervivencia, entendida como continuación repetitiva y monótona, y a excederse, saliendo de sí y superándose hacia conformaciones más audaces (2021: 78).

En resumen: la vida no es un mero sometimiento al medio sino que lo excede por una suerte de impulso *creativo*. Resaltamos la idea de creación, pues existe toda una línea de filósofos que problematizan acerca de esta íntima relación entre vida y creatividad. Alfred North Whitehead, por ejemplo, defiende que la creatividad «es lo que hay en el fondo último de todas las formas» (2021: 108); Henri Bergson, por otro lado, propone el concepto de *élan vital* (2016) para referirse a una suerte de impulso creativo que atraviesa al viviente y elabora continuamente novedad. Además, el mismo Canguilhem se alinea con este tipo de filosofías de corte vitalista y señala que el vitalismo «es simplemente el reconocimiento de la originalidad del hecho vital» (2005: 23).

La vida es, entonces, *excesiva*. Pero también, como ya se ha mencionado, es *disyuntiva*. Es decir, es una cierta forma de inadaptación en tanto el viviente se encuentra en una constante actividad de creación de novedad. Esta suerte de desfase o diferencia entre el viviente y lo que le rodea es condición necesaria no sólo para crear sino incluso para mantenerse en vida. Leamos las siguientes palabras de André Pichot, quien problematiza acerca de la noción de «vida» en su magnífico texto *Histoire de la notion de vie* (2014):

El ser permanece vivo en tanto que mantiene su evolución individual disyunta de aquella del entorno, cualesquiera que sean las variaciones cualitativas y cuantitativas de su materia y de su estructura. Morir, para el ser, es confluir con su entorno y evolucionar con él (es decir, cesar de diferenciarse) (2014: 1521)¹⁴.

13. Para quien desee profundizar en el concepto de *gesta excéntrica*, sugerimos la lectura del capítulo «5. Vida gestante» (Sáez Rueda, 2021: 107-126).

14. «L'être reste en vie tant qu'il maintient son évolution individuelle disjointe de celle de l'environnement, quelles que soient les variations qualitatives et quantitatives de sa matière et de sa structure. Mourir, pour l'être, c'est rejoindre son environnement et évoluer avec lui (c'est-à-dire cesser de s'en différencier)» (2021: 1521). La traducción es nuestra.



En esta misma línea, Gilbert Simondon también hablará de la diferenciación como operación que caracteriza al viviente y que le permite amplificarse —es decir, transmitir vida—. Aunque no podamos desarrollarlo aquí, sí cabe mencionar que para Gilbert Simondon la función de diferenciación se complementa con la de integración. Este par es conceptualizado por el francés como «hipótesis de la dualidad funcional» (2019: 210-214). Simondon propone que todo individuo es el «sistema de compatibilidad de estas dos funciones antagónicas que corresponden, una, a la integración en la comunidad vital, y la otra, a la actividad amplificadora del individuo» (2019: 211). Es decir, la actividad del individuo es tanto continua como discontinua respecto al medio.

Por tanto, la salud es *salud creativa* y excede los márgenes de la adaptación. Por último, siguiendo aquí de nuevo a Canguilhem, diremos que la salud también es *normativa*. Es decir: el viviente crea sus normas, las cuales además son siempre provisionales así como dinámicas. El francés afirma que «la vida es de hecho una actividad normativa» (2005: 92). En este sentido, podríamos decir que la salud no tiene que ver con la norma o la normalidad sino con la capacidad del viviente de encontrarse en un proceso constante de instauración de normas vitales (Canguilhem, 2005: 154). La instauración de normas es una actividad que permite al viviente *perseverar en la vida*, dicho aquí con evidentes ecos spinozianos. Pierre Macherey lo expresa de una forma que no podemos dejar de citar: «un impulso que tiende hacia un resultado sin tener la garantía de alcanzarlo o de sostenerse en él; en el caso del viviente humano, la fuente positiva de todas sus actividades es el ser errático de lo viviente, sujeto a una infinidad de experiencias» (2011: 121). El ser errático de lo viviente, el ser que experiencia y bajo el cual late el germen de la vida: *excesiva, disyuntiva, creativa y normativa*.

MÁS ALLÁ DEL INDIVIDUO: AGENCIAR Y EXPERIMENTAR

De cara a finalizar este breve texto, nos gustaría retomar un concepto deleuzeano que encontramos de especial interés para el tema que aquí nos concierne. Nos referimos a la noción de *agenciamiento* (*agencement*)¹⁵. Un agenciamiento será, para Gilles Deleuze y Félix Guattari, «ese aumento de

15. Este concepto ha dado lugar a una amplia discusión acerca de su evolución así como su traducción en la obra del autor francés, especialmente aquellas que escribe a dúo junto con Félix Guattari. Para este capítulo, hemos escogido el concepto de *agenciamiento* puesto que es el usado en la traducción de José Vázquez Pérez con la colaboración de Umbelina Larraceleta. Como aquí no nos encargaremos de estas precisiones, recomendamos consultar el reciente artículo: Pachilla, P. y Spinelli, J. M. (2025).



dimensiones en una multiplicidad que cambia necesariamente de naturaleza a medida que aumenta sus conexiones» (Deleuze y Guattari, 2020: 17). Agenciar, por tanto, significa expandirse: conectarse, multiplicarse, pluralizarse... En resumen, encontrar relaciones que se componen con nosotros, afectar y ser afectados por éstas. Todo ello, además, partiendo de una lógica relacional de las multiplicidades que rechaza el pensamiento binario del tipo *o salud o enfermedad* (Duff, 2014: 51-52). Ahora bien, dada nuestra tendencia al excepcionalismo humano (Haraway, 2019: 59) es plausible que estemos comprendiendo los agenciamientos y sus conexiones en términos exclusivamente humanos, pero esto no es así. Una imagen de agenciamiento sería el hombre-estribo-caballo en la Edad Media (Deleuze y Guattari, 2020: 119; Deleuze y Parnet, 1980: 80). Ser humano, animal y herramienta: agenciamiento de tres elementos heterogéneos que componen una unidad en su multiplicidad. Incluso pensándolo con algo más próximo a nosotros y, sin duda, más cotidiano: ¿quién no necesita agenciar sus ojos con un par de lentes? Es más, podemos pensar este agenciamiento añadiendo un nuevo componente: ¿quién no necesita agenciar sus ojos con un par de lentes que le permitan leer de forma nítida y sin dolores de cabeza? Ojos-lentes-libro, agenciamiento de heterogéneos. Por tanto, podríamos decir que todos los cuerpos necesitan entrar en agenciamientos para expandir su potencia y perseverar en su vida, en su ser. El agenciamiento es

una multiplicidad que comporta muchos términos heterogéneos (...). La única unidad del agenciamiento es de co-funcionamiento: una simbiosis, una «simpatía». Lo importante no son las filiaciones, sino las alianzas y las aleaciones; ni tampoco las herencias o las descendencias, sino los contagios, las epidemias, el viento (Deleuze y Parnet, 1980: 79).

Simbiosis: *vivir juntos*, porque no precedemos a nuestras relaciones sino que *nos hacemos* en ellas.

Anteriormente mencionábamos que la salud tiene cierto carácter *experimental*. La elección del término no era fortuita, sino que nos servía para anticipar lo que llegados a este punto nos interesa desplegar. En este sentido, consideramos fundamental reivindicar una suerte de derecho a la experimentación que encontramos ya en Friedrich Nietzsche: «Pero nosotros los diferentes, sedientos de razón, ¡queremos escrutar nuestras vivencias con el mismo rigor que cualquier experimento científico, hora tras hora y día tras día! ¡Queremos ser nosotros mismos nuestros propios experimentos y nuestros animales de pruebas!» (1990: 194-195). Este impulso experimental es recogido por Deleuze, quien recomienda «la prudencia como dosis, como regla inmanente a la experimentación: inyecciones de prudencia» (Deleuze



y Guattari, 2020: 198)¹⁶. Y esta experimentación no es individual, sino que también puede adquirir un carácter colectivo. En su última obra, Preciado trata de forma breve la crisis del sida en los años ochenta (2023: 522-532) y señala grupos de activismo como Act Up¹⁷, los cuales destacaban no sólo por su planteamiento crítico frente a la industria médico-farmacéutica sino por su experimentación a la hora de crear estrategias de acción que son conceptualizadas por el filósofo como «acciones de guerrilla semiótico-farmacológicas» (2023: 524). Como ejemplo, Preciado relata cómo este grupo de activistas decide *abrir las píldoras* en un ensayo clínico donde había un grupo que recibiría placebo y no el medicamento a probar —en este caso era la AZT (azitromicina)—. Así, aquellos que habían recibido píldoras con moléculas activas «reducían sus dosis a la mitad para poder compartirlas con los que habían recibido el placebo» (2023: 526). Esta experimentación farmacológica colectiva es una imagen que nos permite comprender esa dimensión de investigación vital, individual y colectiva, que adquiere la noción de salud que intentamos proponer.

Aceptar esta dimensión no sólo experiencial sino, y sobre todo, *experimental*, tiene fuertes consecuencias a la hora de pensar la salud y la enfermedad. Tales conceptos, como ya hemos dicho, no son hechos objetivos ni tampoco aislados. Por eso, consideramos importante reivindicar aquello que Donna Haraway nombró como *conocimiento situado*. Nos situamos aquí en el nivel epistemológico para defender una epistemología que, sin negar la posibilidad de conocimiento, reivindica afirmar la parcialidad (Haraway, 1995). No hay una Verdad objetiva que pueda ser impuesta para todos los sujetos que transitan una experiencia. Lo que sí hay son muchas *verdades* dispersas, piezas de un rompecabezas que podemos tratar de reconstruir —parcialmente, provisionalmente—. Recordamos aquí las certeras palabras de Judi Chamberlin, una de las primeras voces del movimiento de supervivientes de la psiquiatría¹⁸: «los grupos de expacientes dicen la verdad

16. Sugerimos la lectura de la meseta «¿Cómo hacerse un cuerpo sin órganos?» (Deleuze y Guattari, 2020: 195-218). En esta, los autores explicitan su propuesta para elaborar una suerte de *plan* para la experimentación vital.

17. Podríamos traducir *Act Up* como «pórtate mal». Además, el nombre del colectivo es un acrónimo de *AIDS Coalition to Unleash Power* (Coalición del sida para desatar el poder).

18. Usamos el término «movimientos de supervivientes psiquiátricos» tal y como se propone en la última edición española de la obra de Chamberlin, *Por nuestra cuenta. Alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental* (2023). No obstante, el activismo en primera persona en el campo de la psiquiatría es un ámbito muy diverso en el que los conceptos se encuentran en permanente mutación. Para lectores interesados en estos temas, se recomienda encarecidamente la lectura de la obra *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud*



acerca de la experiencia de ser paciente» (1990: 336). Reivindicar el conocimiento situado y encarnar la parcialidad son puntos fundamentales para poder escapar de la comprensión de la salud como algo universal, objetivo y neutro. Entendemos que no hay saberes neutrales en tanto su producción se encuentra siempre localizada. Admitir esto exige a su vez, aceptar una suerte de vulnerabilidad. Nuestro saber es incompleto, defectuoso, precario... Y, por ello, requiere de otras voces y de una escucha atenta. Esto también es construir un concepto de salud: dar lugar a otras perspectivas y puntos de vista —o, mejor dicho, *puntos de vida* (Coccia, 2017: 31)—.

En resumen, la salud es la capacidad de formar nuevas relaciones o agenciar. Somos complejos de relaciones, paquetes de relaciones (Deleuze, 2019: 157). Por lo que nuestra salud nunca dependerá exclusivamente de nosotros mismos, sino de todo aquello con los que habitamos. La vida de cada uno está, desde su inicio, diluida *en* y *con* la vida de otros. Esta capacidad de constituir nuevas relaciones, además, siempre puede ser aumentada y potenciada. Aquellas relaciones que «aseguran un futuro abierto, es decir, aquellas que promueven la formación de nuevos compuestos [agenciamientos], son consideradas saludables» (Buchanan, 1997: 82). Por tanto, la salud será la vida como potencia —*excesiva, disyuntiva, creativa y normativa*—. Será su expansión, su incremento, su despliegue. Nos gustaría cerrar este texto con unas palabras de Fernando Balius que, a nuestro parecer, sintetizan todo lo que venimos diciendo:

En mitad de una sociedad definida por el aislamiento y la atomización, donde a la vez que se venden las excelencias del individualismo salvaje se condena la diferencia, poder quedarte en el lado bueno de la línea depende de no estar solo. Y no estarlo depende en buena medida de si has priorizado lo colectivo en tu vida, de si piensas que la vida que merece la pena ser vivida siempre es la vida junto a otros. He cometido un sinnúmero de estupideces y he estado muy cerca de al menos media docena de abismos, pero me importan los demás, no quiero perderlos, de alguna manera imprecisa siempre supe que *la salud pasa también por ellos*, y eso me ha salvado el culo (2018: 71).

REFERENCIAS

BALIUS, F. y PELLEJER M. (2018). *Desmesura. Una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Barcelona: Bellaterra.

mental desde España y Chile (Erro, 2021). En especial el capítulo «La irrupción del activismo en primera persona» (Erro, 2021: 107-168).



- BERGSON, H. (2016). *La evolución creadora*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Cactus.
- BUCHANAN, I. (1997). «The Problem of the Body in Deleuze and Guattari, Or, What Can a Body Do?» *Body & Society*, 3(3): 73-91. <https://doi.org/10.1177/1357034X97003003004>
- CANGUILHEM, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. Madrid: Siglo XXI.
- CHAMBERLIN, J. (1990). «The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going». *Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4): 323-336.
- (2023). *Por nuestra cuenta. Alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental*. Iruñea-Pamplona: Katakarak Liburuak.
- COCCIA, E. (2017). *La vida de las plantas. Una metafísica de la mixtura*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- COLECTIVO LOCOMÚN. (s.f.). *#0Contenciones*. <https://0contenciones.org/#la-campana>
- COMITÉ INVISIBLE. (2015). *Fuck off Google*. Madrid: Acuarela.
- DELEUZE, G. (1987). *El bergsonismo*. Madrid: Cátedra.
- (2005). *Dos regímenes de locos. Textos y entrevistas (1953-1974)*. Valencia: Pre-textos.
- (2014). *Conversaciones*. Valencia: Pre-textos.
- (2019). *En medio de Spinoza*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Cactus.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. (2020). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- DELEUZE, G. & PARNET, C. (1980). *Diálogos*. Valencia: Pre-textos.
- DESPRET, V. (2022). *Habitar como un pájaro. Modos de hacer y pensar los territorios*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Cactus.
- DESVIAT, M. (coord.). (2024). *Tratar con la locura. Emancipación y clínica participada*. Madrid: Enclave de libros.
- DUFF, C. (2014). *Assemblages of Health. Deleuze's Empiricism and the Ethology of Life*. Nueva York: Springer.
- DUFF, C. & ANDREWS, G. J. (2019). «Matter beginning to matter: On posthumanist understandings of the vital emergence of health». *Social Science & Medicine*, 226, 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.045>
- ERRO, J. (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus.
- FOUCAULT, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- FOX, N. J. (2011). «The Ill-Health Assemblage: Beyond de Body-with-Organs». *Health Sociology Review*, 20(4): 359-371. <https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.4.359>
- FRIGERIO, C. (2020). The Virtual and the Viral: Deleuze, Dark Philosophies, and Global Pandemics. *La Deleuziana. Online Journal of Philosophy*, 12, 25-38. <https://doaj.org/article/e106f41b90e240e786289342639a9830>
- GILBERT, S. F., SAPP, J. & TAUBER, A. I. (2021). *Todos somos líquenes. Una visión simbiótica de la vida*. Barcelona: Hifas.



- GRECO, M. (2004). «The Politics of Indeterminacy and the Right to Health». *Theory, Culture & Society*, 21(6): 1-22. <https://doi.org/10.1177/026327640404047413>
- HARAWAY, D. (2019). *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chthuluceno*. Bilbao: consonni.
- LIU, JASON J. et al. (2025). Digital phenotyping from wearables using AI characterizes psychiatric disorders and identifies genetic associations. *Cell*, 188(2), 515-529. [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(24\)01329-1](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(24)01329-1)
- MACHEREY, P. (2011). *De Canguilhem a Foucault: la fuerza de las normas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MARX, K. (1974). «Discurso pronunciado en la fiesta de aniversario del People's Papers». En: *Obras escogidas de C. Marx y F. Engels*, 1: 542-543. Moscú: Progreso.
- MILLET, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral.
- NIETZSCHE, F. (1990). *La gaya ciencia*. Madrid: Yericó.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Documentos básicos. 48ª edición*. Italia: Organización Mundial de la Salud.
- PACHILLA, P. & SPINELLI, J. M. (2025). «El concepto deleuzo-guattariano de *agencement* y su recepción en Manuel DeLanda». *Tábano*, 25. <https://doi.org/10.46553/tab.25.2025.e3>
- PICHOT, A. (2014). *Histoire de la notion de vie*. Paris: Gallimard.
- PRECIADO, P. B. (2023). *Dysphoria mundi*. Barcelona: Anagrama.
- PRIMERA VOCAL (2014). *TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario)*. Recuperado de <https://primeravocal.org/tai-tratamiento-ambulatorio-involuntario/>
- ROSE, N. (2001). «The Politics of Life Itself». *Theory, Culture & Society*, 18(6): 1-30. <https://doi.org/10.1177/02632760122052020>
- ROTELLI, F. (2023). *El futuro de las políticas de salud mental en el último diálogo con Franco Rotelli*. <https://primeravocal.org/el-futuro-de-las-politicas-de-salud-mental-en-el-ultimo-dialogo-con-franco-rotelli/>
- SABORIDO, C. (2020). *Filosofía de la medicina*. Madrid: Tecnos.
- SÁEZ RUEDA, L. (2021). *Tierra y destino*. Barcelona: Herder.
- SIMONDON, G. (2019). *La individuación a la luz de la nociones de forma y de información*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Cactus.
- STENGERS, I. & PIGNARRE, P. (2017). *Brujería capitalista. Prácticas para prevenirla y conjurarla*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Hekht Libros.
- TIQQUN. (2012). *Hombres-máquina: modo de empleo*. Madrid: Acurela.
- VIDALOU, J. (2020). *Ser bosques. Emboscarse, habitar y resistir en los territorios de lucha*. Madrid: Errata Naturae.
- WHITEHEAD, A. F. (1944). *Modos de pensamiento*. Buenos Aires: Losada.
- (2021). *Proceso y realidad*. Girona: Atalanta.



ESCUCHAR LAS VOCES





ENTREVISTA CON FERNANDO BALIUS

Entrevista a cargo de: ANTÍA PIÑEIRO BALVÍS, MANUEL SANTAMARÍA,
FRANCISCO ROMERO MARTÍN, AGATA J. BAK

—Nos gustaría saber, en primer lugar, cuáles son tus vínculos con la filosofía y el activismo. Por cierto, ¿cómo nombrarías aquello por lo que haces activismo?

Me formé académicamente en esta disciplina. Estaba cursando el primer año de carrera cuando fui diagnosticado por primera vez —tras un brote y su correspondiente ingreso—, por lo que se produce un cruce especialmente significativo entre la filosofía y mi propio sufrimiento psíquico. Aquel periodo fue complejo y, aunque la medicación me haya dejado lagunas en la memoria, sí recuerdo que me di cuenta de algo fundamental: muchas de las ideas que estaba estudiando me servían para afrontar la situación en la que me encontraba. Más allá del diagnóstico en sí, que no podía cuestionar en aquel momento al carecer de las herramientas necesarias, dichas ideas me ayudaron a poner en duda el pronóstico que lo acompañaba. El estudiar Filosofía y disponer de algunas nociones básicas, en particular de filosofía de la ciencia, en medio de lo que describiría como un naufragio farmacológico, me ancló y me ayudó enormemente.

No soy un filósofo académico, pero sí pretendo pensar y escribir desde la filosofía. No una filosofía encerrada en el lenguaje técnico de la academia, en un ámbito acotado de publicaciones, sino una que concibo como un camino de transformación radical del yo. En aquel momento, esa transformación era una urgencia vital y, de alguna manera, lo sigue siendo más de veinticinco años después.

En cuanto a cómo nombrar aquello por lo que hago activismo, creo que es una pregunta filosófica en sí misma. El nombrar es un hacer que con frecuencia implica distintos grados de mutación, y creo que está bien que sea así. Esto es especialmente relevante cuando hablamos de un concepto tan amplio y contextual como la salud mental. En algunos momentos, el



activismo se traduce en una militancia organizada, como la defensa de los derechos de las personas que recibimos tratamiento psiquiátrico. En ese caso, se puede nombrar de forma clara: *activismo por los derechos de las personas*. Pero en otras ocasiones, el activismo se orienta a una cuestión puramente ética de respeto de la agencia, o a una cuestión epistemológica: que se nos reconozca como productores de un conocimiento válido y útil. También puede estar enfocado en que se nos reconozca como interlocutores legítimos en cuestiones que nos afectan directamente. El activismo, en este sentido, es cambiante y adopta múltiples formas. Pero si tuviera que buscar una palabra que sirviera de sustrato para todas esas luchas, diría que es la búsqueda de una mayor autonomía, tanto individual como colectiva.

—*La segunda pregunta es posible que ya esté respondida con la anterior, aunque tal vez puedas añadir algo más. ¿Crees que tu abordaje se enmarca dentro de una teoría o un movimiento más amplio?*

Diría que mi enfoque parte de un cuestionamiento más amplio del orden de vida en el que estamos inmersos, y eso inevitablemente me sitúa dentro de una perspectiva anticapitalista. Creo que el problema va más allá de las cuestiones relativas a la subjetividad, de cómo entendemos o problematizamos la salud mental, e incluso de los daños que puede generar la práctica psiquiátrica. Hay un marco mayor que atraviesa todas estas cuestiones: las condiciones de vida que compartimos en este sistema. Y ese sistema es el capitalismo; sé que se trata de algo evidente, pero es demasiado habitual que desde ámbitos relacionados con la salud se omita la propia palabra. Desde esta perspectiva, pienso los problemas de salud mental dentro de un contexto determinado por el funcionamiento de la sociedad en la que vivimos: desde unas voces descalificadoras a la ansiedad... No puedo separarlos fuera de una estructura que impone determinadas formas de producción, relaciones de poder y modos de vida.

—*Esta pregunta se relaciona con tu presentación en nuestro pasado congreso en Granada. Uno de los conceptos que mencionaste fue el de «injusticia hermenéutica». Como estamos familiarizados con el término, no es necesario desarrollarlo en detalle. Pero queríamos preguntarte de qué manera crees que el activismo y los grupos de ayuda mutua combaten esta injusticia. Y, además, dentro de estos grupos, ¿qué tipos de lazos y conocimientos se generan?*

El concepto de injusticia hermenéutica nos permite ir más allá de la injusticia testimonial, que es la que suele abordarse en muchas campañas anti-estigma. Sin embargo, habría que cuestionar la calidad de esos enfoques y su capacidad real de generar cambios. Un ejemplo claro de injusticia testimonial lo vemos en la atención médica: si tienes un diagnóstico psiquiátrico,



tu tratamiento en atención primaria o en una especialidad puede verse condicionado por ello. Ayer mismo fui a una consulta de digestivo y la médica me preguntó si tenía alguna enfermedad relevante. Respondí que no, pero al revisar mi historial vio el diagnóstico psiquiátrico y lo mencionó de inmediato, aunque no tenía ninguna relación con el motivo de mi consulta. En este caso fue una conversación cordial, pero muchas veces no lo es. Esto evidencia cómo la información psiquiátrica introduce un sesgo en la percepción que otros tienen de ti. Es decir, lo que dices o dejas de decir está condicionado por ese antecedente. Esto es fácil de intuir. Lo que no es tan evidente es la injusticia hermenéutica, es decir: ¿qué recursos interpretativos existen para dar sentido a una experiencia? ¿Y quién tiene la autoridad para hablar sobre esa experiencia? Históricamente, quienes han hablado de las experiencias no compartidas o inusuales no han sido quienes las han vivido, sino quienes las han analizado desde fuera. Y aquí encontramos una falla fundamental. ¿Qué hace el activismo en primera persona? Atreverse a nombrar, que es justo lo que planteabais en una pregunta anterior, y a partir de ello se despliegan fricciones con las *disciplinas psi* —la psiquiatría y la psicología—: porque tú no estás legitimado para hablar y conocer. Al nombrar, se genera un conocimiento que desafía los discursos hegemónicos. Las resistencias emergen a partir de acceder a la palabra. Porque, aunque se haya hablado mucho sobre injusticia epistémica o sobre el daño del estigma, no ha habido un cambio estructural. Sigue habiendo un rechazo a que las propias personas diagnosticadas hablen por su cuenta y riesgo. Esto se repite una y otra vez:

- En la academia, cuando se denuncia una actitud extractivista hacia los testimonios de personas psiquiatrizadas. Servimos para generar contenidos, pero no se nos reconoce la legitimidad de cuestionar la práctica investigadora a la luz de la metodología empleada en la consecución de esos contenidos ni el uso que se haga de ellos;
- En la relación médico-paciente, cuando alguien con décadas de tratamiento farmacológico hace observaciones sobre los efectos de los fármacos y su experiencia no se toma en cuenta, aunque posea un conocimiento práctico acumulado y sea, por tanto, experta en psicofarmacología;
- En el recelo que puede llegar a generar el activismo colectivo, como sucede cuando los propios grupos de ayuda mutua identifican qué nos viene bien y qué no y eso suscita recelos e incluso indignación en sectores que históricamente han tenido la tutela sobre estas cuestiones, como especialistas, profesores o familiares.

Este último punto es clave. Durante mucho tiempo, las asociaciones han estado dirigidas por familiares o profesionales, y ahora estos grupos se



ven interpelados cuando se dice: «Determinados modos de crianza han sido decisivos en ciertos sufrimientos psíquicos, y la institución familiar juega un papel fundamental en ello». Esa interpelación genera, una vez más, fricción y, con ella, una praxis política. Entonces, la pregunta de fondo es: ¿una persona diagnosticada con un trastorno mental puede ser un sujeto político que genere conocimiento y nuevas formas de nombrar su experiencia y lo que ocurre a su alrededor? ¿Sí o no? Y ahí es donde nos lo jugamos todo. Porque la cuestión no es solo si se acepta que esto ocurra, sino si van aceptarse las implicaciones políticas de que ocurra.

—Inicialmente íbamos a preguntarte sobre la relación entre los profesionales y estos saberes, pero nos parece relevante incluir también a la institución familiar dentro de ese marco. Lo que nos interesa especialmente es preguntarte: ¿qué es lo más importante que las instituciones, en general, y las instituciones de salud mental, en particular, deberían aprender de eso que llamamos provisionalmente activismo en salud mental?

Bueno, esto es solo mi opinión personal, y desde luego tiene que ver con la obra de Castoriadis. Mi aspiración política es la de constituir instituciones autónomas propias. De hecho, aunque muchas veces sea de manera efímera o móvil, eso es lo que sucede cuando se crean colectivos o grupos de apoyo mutuo, o cuando se generan espacios de socialización de conocimientos que van y vienen: en ese proceso estamos instituyendo. Ahora bien, ¿qué deberían aprender las instituciones que históricamente han asumido —o han pretendido asumir— la gestión del sufrimiento psíquico? Podemos agruparlas de manera general en tres grandes actores: la familia, la academia y, sobre todo, las *disciplinas psi*. Lo primero que deberían aprender es algo tan obvio como que tienen límites. Definir dichos límites es el problema. Aquí entra en juego una cuestión epistemológica fundamental: ¿hasta qué punto puedes comprender una experiencia que no es la tuya? Para mí, una referencia básica es el feminismo, un hacer político que, entre otras cosas, interpela a personas, instituciones y sociedad sobre el poder ejercido y la necesidad de escuchar para entender. Y creo que aquí está la clave: si no escuchas al otro, no te vas a enterar de nada. Históricamente no se nos ha escuchado, y eso ha tenido consecuencias devastadoras. No solo nos han silenciado, sino que nos han hecho creer que no éramos capaces de hablar. Y cuando una voz es sistemáticamente suprimida, el resultado es que otros terminan hablando en su lugar. Un familiar toma la palabra y habla por ti; un psiquiatra sube a una mesa de congreso y habla por ti; luego te pasan el micrófono, dices «gracias, gracias», te aplauden, y te bajas. Eso es lo que ha sucedido hasta *antes de ayer*. Pero ahora estamos en un momento de emergencia de un nuevo sujeto político, y eso está generando conflictos en



muchos niveles. No es algo nuevo, siempre ha pasado. Lo que sí puede ser novedoso es quién está encarnando ese sujeto político en este país, porque en otros lugares esto ocurrió hace más tiempo. Venimos de un contexto donde la reforma psiquiátrica se hizo como se hizo, y donde el asociacionismo se articuló con la familia como representante de las personas psiquiatrizadas, de manera que el papel de estas ha sido históricamente residual. Eso está cambiando y... me parece apasionante. También el observar cómo la financiación de las farmacéuticas influye en determinadas asociaciones profesionales y de familiares, y cómo esto da lugar a fuertes oposiciones. Cada vez más personas que se niegan a participar en ciertos espacios porque están financiados por la industria farmacéutica y el conflicto de intereses es irresoluble... Y todo este conflicto me parece sumamente fértil.

—Fernando, sobre la reforma psiquiátrica en el estado español, que se fraguó hace relativamente poco tiempo, queríamos preguntarte lo siguiente: en principio, los dispositivos de salud mental en España tienen una perspectiva comunitaria. Sin embargo, esto nos resulta chocante, especialmente si lo contrastamos con la cultura de la salud mental contemporánea, tal y como la presenta, por ejemplo, Javier Erro. Queríamos plantearte dos cuestiones al respecto. Por un lado, ¿cuál es tu visión sobre los desarrollos de la salud comunitaria en España? Y, en segundo lugar, ¿cuáles crees que son las bases para desarrollar una perspectiva comunitaria en este ámbito? ¿Desde dónde podría pensarse y hacia dónde debería dirigirse?

La reforma psiquiátrica en España debe entenderse en su contexto histórico. Es fundamental conocer de dónde veníamos, pero también reconocer que ha sido mitificada. Ya basta de volver constantemente a la reforma psiquiátrica. Es cierto que ocurrió hace relativamente poco, pero ya es momento de mirar hacia adelante. Hubo personas que hicieron un buen trabajo, pero también hubo innegables déficits políticos y otros muchos problemas —entre los cuales está la no representación de los propios pacientes, la hegemonía familiar ya mencionada—. La incorporación de una perspectiva comunitaria en la atención en salud —y no solo en salud mental— tiene implicaciones políticas que chocan con el contexto actual. Estamos inmersos en un momento político complejo, donde el neoliberalismo ha acelerado hasta un punto en el que ya ni siquiera sé si deberíamos usar ese término. En un mundo que gira alrededor de la exaltación del yo, una perspectiva comunitaria implica, en primer lugar, entender que la salud no es un asunto puramente individual. Por su parte, la psiquiatría hegemónica insiste, de manera agotadora, en reducirla a lo individual. La salud tiene una dimensión colectiva y su abordaje no depende exclusivamente de los facultativos especializados. En España, esta premisa se juega realmente



en muy pocos lugares. Un enfoque comunitario consistente debe incluir a todos los actores involucrados en una comunidad, no como una figura decorativa, tutelada o anecdótica, sino reconociendo su conocimiento y su capacidad para incidir en las condiciones de vida de las personas. A su vez, hay una cuestión aún más dolorosa: ¿qué es comunidad hoy en día? Hay una doble mitificación: por un lado, de la reforma psiquiátrica, y por otro, de lo comunitario. Lo comunitario no es algo dado, sino que se construye. La reforma ya ha sido ampliamente documentada en libros y charlas. Entonces, ¿qué hacemos a partir de ahora? La apuesta en la que me inscribo es la construcción de comunidad. Y esto es, en definitiva, una declaración política.

—¿Tienes experiencia de lugares en los que, digamos, no se ha dado eso que otras personas llaman «injusticia contributiva»? Es decir, la negación de la participación entre iguales a la hora de contribuir a un conocimiento, en algún espacio institucional, semiinstitucional o parainstitucional. ¿En el Estado español has tenido o conoces algún sitio en el que haya algo parecido a eso?

Yo creo que hay gente trabajando en Atención Primaria que sí opera desde una perspectiva comunitaria y lo hacen, además, contra viento y marea. Conocen los barrios, sus comunidades, y ponen en juego potencias y anclajes. Sin embargo, el problema de la perspectiva comunitaria es que, aunque resulta atractiva y moviliza a muchas personas, entra en contradicción con la configuración de los sistemas sanitarios y la propia determinación social existente. En el ámbito de la salud mental se ha observado un fenómeno interesante: la derivación. Uno de los primeros pasos en una intervención comunitaria es el mapeo de activos, es decir, identificar los recursos y colectivos existentes en una comunidad. Sin embargo, cuando se implementa una perspectiva comunitaria en condiciones de desigualdad y con escasos recursos, la práctica comunitaria se encuentra muy fragilizada. Lo que suele suceder es que, desde Atención Primaria o Salud Mental, simplemente se manda a los pacientes a buena parte de los espacios que se incluyen en ese mapa sin que exista una implicación real por su parte. Eso no es hacer comunidad, es trasladar el problema a otro espacio sin resolverlo. Se desconocen cuestiones básicas relativas a la organización y recursos de colectivos y asociaciones de base. Este hecho no es exclusivo del ámbito de la salud mental, lo vemos también con colectivos que trabajan en accesibilidad a la salud, donde los trabajadores sociales «redireccionan» demandas de las que se deberían hacer cargo a activistas que pelean tarjetas sanitarias y reclaman facturaciones. Esta dinámica genera un escenario de «quiero y no puedo», donde las instituciones sanitarias delegan tareas esenciales en asociaciones que apenas cuentan con financiación. En Andalucía,



las asociaciones que conforman la Federación en Primera Persona han recibido derivaciones constantes de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que enmarcarían su práctica dentro de la intervención comunitaria, pero mi percepción cuando formé parte de una de ellas, Sapame (Granada), es que no había una preocupación real, a veces ni siquiera la más mínima muestra de interés, por la desproporción existente entre la infrafinanciación del proyecto y la cantidad de trabajo realizado; es decir, por el propio funcionamiento y su viabilidad. Es como si simplemente se diera por hecho que las iniciativas autónomas están ahí, al igual que está el centro de salud o la biblioteca, lo que pone de relieve una gran miopía social por parte de los profesionales.

—*Ésta es una pregunta de respuesta bastante subjetiva, pero creemos que está relacionada con la movilización de los afectos, un aspecto clave a la hora de pensar en la creación de comunidad. A partir de tu experiencia impartiendo talleres sobre salud mental, nos gustaría saber si has observado algún elemento clave, una especie de «interruptor» o piedra de toque que genere cambios de perspectiva sobre el sufrimiento psíquico. Es decir, ¿has identificado algo que movilice especialmente los afectos hacia una comprensión más colectiva del sufrimiento, menos individualizante y descontextualizadora?*

Es una pregunta muy interesante. En mis talleres y formaciones he observado que el cambio de perspectiva muchas veces comienza por el lugar desde donde se habla. Esto se relaciona con algo que ya hemos tratado: la gente no está acostumbrada a que se hable abiertamente de ciertos temas, y menos todavía que se haga en primera persona. Por ejemplo, no es común que haya talleres sobre *escucha de voces*, y tampoco que una persona que escucha voces sea quien los imparta. Solo el hecho de decir «yo hablo desde aquí» ya genera una reacción: muchas veces baja defensas y permite abrir espacios de diálogo. Esto, en ocasiones, implica un nivel de exposición fuerte, pero la honestidad desde la que hablas tiene, sin duda, un impacto considerable, especialmente en personas que han tenido experiencias similares. En cuanto a los profesionales, la reacción depende mucho del perfil. Algunos ven esto como una oportunidad de conocimiento, existe una curiosidad filosófica genuina, lo que es maravilloso. Otros, especialmente psiquiatras con una trayectoria más dilatada y mayor grado de cinismo encarnado, muestran una resistencia mayor, como si hablar de estas experiencias pusiera en riesgo la estructura misma del conocimiento psiquiátrico. Es curioso porque dentro de la psiquiatría existen numerosas creencias que se basan en supersticiones: se teme que hablar de ciertos temas pueda desencadenar una especie de locura colectiva. De hecho, durante mucho tiempo se ha prohibido a algunas personas acudir a grupos de escucha de voces por esta razón,



aunque esto está cambiando. Parece ser que si habla un loco se rompe una especie de pacto acerca de lo que es lo razonable, se introduce la entropía en un sistema que, por otra parte, hace aguas por doquier.

Está este *desde dónde se habla*, pero también importa *lo que se dice*. Otro elemento básico que genera cambios de perspectiva es ponerle nombre a experiencias que las personas ya están viviendo, pero que nunca se han conceptualizado de otra manera que no sea la psicopatológica o que directamente han sido dejadas de lado por los discursos sociosanitarios. Sin embargo, hay que tener cuidado con esta cuestión, pues cuando trabajo con profesionales de distintos recursos, una reacción común es el agradecimiento por «poner palabras» a prácticas que supuestamente ellos ya realizaban desde hacía tiempo. En el fondo se trata de una muestra de falta de humildad, un rechazo más o menos cortés a la incorporación de nuevas perspectivas porque se presupone que en el fondo lo propuesto ya estaba presente, y a lo sumo se acepta la novedad en el lenguaje. Ahora bien, cuando formulo preguntas como: «Si tú tuvieras un brote o alguien cercano a ti lo tuviera, ¿este es el dispositivo donde querías ser tratado?», la respuesta casi nunca es afirmativa. Esta reflexión es un buen punto de partida para repensar los dispositivos de atención.

Por último, un elemento que moviliza especialmente a las personas es explicar la «teoría del continuo» en relación con la *escucha de voces*. Si bien con depresión y ansiedad es algo que la mayoría acepta fácilmente, cuando lo aplicamos a experiencias como la *escucha de voces* o la paranoia, el impacto es mayor. Si le preguntas a alguien: «¿Alguna vez te has insultado a ti mismo en mitad de tu propio discurso interno?», casi todos responderán que sí. Dependiendo de la historia de vida de cada persona, esas autocríticas pueden ser más o menos intensas. Pero si alguien ha crecido en un entorno de abuso verbal constante, es posible que esas voces internas descalificadoras no se perciban como propias, sino como autónomas y provenientes desde fuera. En el fondo no es una experiencia humana tan escindida del común. Es estimulante trasladar una experiencia tratada clínicamente por la psiquiatría a un terreno compartido: pensar que uno es un *inútil* en un momento dado, decirse a uno mismo que es un *inútil*, escuchar una voz que te llama *inútil*... el hilo compartido permite no segregar el hecho de oír voces del conjunto de experiencias humanas, será más o menos inusual, pero humana es, quizás demasiado, y por eso despierte tanta inquietud, tanto tabú, tanto estigma. Este tipo de explicaciones generan reacciones diversas: algunos se repliegan en sus creencias previas, pero otros sienten curiosidad y quieren saber más. Y aquí es donde la docencia se vuelve fundamental: ¿Quieres entender la experiencia de la escucha de voces? Entonces, siéntate a hablar con alguien que las escucha. Hay que cambiar la relación institucional con



estas experiencias: ¿Reconoces a estas personas como interlocutores válidos? ¿Crees que puedes aprender algo de ellas? Si la respuesta es sí, entonces está habiendo un cambio real en la praxis profesional.

—*Queríamos preguntarte sobre la descontextualización, pero dado que la conversación ha tomado otro rumbo, preferimos seguir en la misma línea en la que has respondido la pregunta anterior. Lo que queremos abordar tiene que ver con el hecho de que, desde que Marius Romme, Patsy Hage y Sandra Escher¹ comenzaron a poner en diálogo a personas que escuchan voces, nos resulta más fácil cuestionar la idea de que esta experiencia esté necesariamente ligada al sufrimiento. Parece que es la relación con las voces y su contenido lo que realmente determina si provocan sufrimiento o no. ¿Consideras que esta es una interpretación con la que cuentan las personas que escuchan voces? Y, en segundo lugar, ¿crees que esta perspectiva tiene calado en la clínica? Tal vez la primera pregunta sea demasiado general, y habría que preguntar antes «¿dónde?».*

Este es un claro ejemplo de justicia hermenéutica. ¿Quién ofrece los recursos para entender estas experiencias? ¿Quién los posee y quién no? ¿De dónde provienen? Desde hace años, parte de mi trabajo ha consistido en hacer que más personas tengan acceso a estos recursos, independientemente de si los usan o no. No intento imponer paradigmas, sino facilitar que las personas puedan ejercer mayor autonomía al contar con marcos de interpretación que no sean completamente reduccionistas. También es crucial fomentar una apertura comunicativa con otros, especialmente con quienes tienen experiencias similares o con personas que muestran un interés genuino en comprender, aunque no puedan hacerlo plenamente. Y esto es independiente de si eres profesional, vecino, pareja o formas parte de una asociación o colectivo. Es vital permitir que quienes atraviesan estas experiencias tengan un espacio donde compartirlas.

Cuando se creó *Hearing Voices* y se celebró el primer encuentro en Holanda en 1987, lo que Marius Romme hizo, aunque quizás no se haya reconocido como tal, fue un ejercicio de humildad epistémica y profesional. Aceptó que no tenía los recursos suficientes para acompañar a una paciente y, en lugar de quedarse atrapado en sus propios marcos de referencia, buscó en otro lugar. Creo que esta actitud debería aplicarse una y otra vez al encarar el sufrimiento psíquico: el conocimiento debe estar en constante expansión y mutación porque la vida cambia. Reconocer los límites de nuestro conocimiento y praxis es esencial para avanzar.

1. Para más información, puede consultarse el texto al que se alude: Romme, M. y Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos.



Respondiendo a la segunda pregunta, participé de la organización del Séptimo Congreso Mundial de *Intervoice* en Madrid, en noviembre de 2015, y puedo decir que sí podemos reconocer la expansión de nuestro enfoque dentro de la clínica. Desde la primera traducción de un texto de *Hearing Voices*, publicada en *El rayo que no cesa* en Barcelona hace ya más de 20 años, hasta los congresos, talleres y producción teórica, el impacto en el imaginario profesional ha crecido. Aunque sigue siendo limitado, la situación es completamente distinta a la de antes.

Para ilustrarlo con un ejemplo, una compañera tuvo un ingreso hace un par de años en una ciudad de Castilla y León y, para nuestra sorpresa, un psiquiatra, a quien nadie conocía, además de dispensar un trato respetuoso le preguntó si sabía que había personas que escuchaban voces y si conocía materiales de *hearing voices* sobre el tema. Pensó que le podrían ser de ayuda. Soy consciente de que no deja de ser una pequeña anécdota y su valor es eminentemente simbólico, pero a ciertas personas nos hizo pensar que algo habíamos logrado. Cuando yo ingresé me dijeron que mis voces no tenían ningún sentido, que mi cerebro funcionaba mal y me tumbaron con haloperidol. Aunque muchos clínicos pueden seguir rechazando este enfoque, al menos lo conocen. Ya no es un conocimiento marginal, oscuro o subalterno que solo circula en *fanzines* y publicaciones alternativas, sino que ha llegado a un espectro mucho más amplio.

Creo que este enfoque es útil y pragmático, que hace que la gente pueda vivir mejor. Algunos profesionales han incorporado elementos de esta perspectiva en su práctica, mientras que otros no, pero al menos se ha abierto una discusión sobre el fenómeno de oír voces que el resto no oye. Ya no se reduce a un síntoma del diagnóstico de esquizofrenia; de hecho, ya no es un criterio diagnóstico en sí mismo de esa categoría. Antes, decir que escuchabas voces activaba una alarma invisible e inaudible pero muy real, que marcaba de forma inexorable el rumbo de la intervención clínica. Aunque esto aún sucede, ya no podemos hablar de que exista un automatismo hegemónico. Puede parecer poco, pero si has estado al otro lado de la mesa de la consulta sabes que no lo es.

La atención en salud mental no es una disciplina objetiva, no sigue una cadena causal. Esto implica que la experiencia con un profesional de la salud mental puede ser muy variable. A menos que se disponga un mapeo previo sobre quién trabaja desde un enfoque u otro y se disponga de la posibilidad de elegir profesional, acudir a un especialista en salud mental es un poco como tirar los dados. En el activismo informal, intentamos generar estos mapeos para orientar mejor a quienes buscan un tratamiento más afín a su experiencia y necesidades.



—*Pensando en publicaciones como El Rayo Que No Cesa, que mencionaste, o incluso en el número de Ajoblanco sobre antipsiquiatría, vemos que históricamente ha existido una conexión entre estos movimientos y la contracultura. En ese contexto, algunos conocimientos podían llegar a ciertos profesionales, pero al estar situados en la contracultura, el abismo con la práctica clínica era mayor. Ahora, con Internet como una herramienta clave para la difusión de ideas, ¿crees que existen otras formas o espacios que faciliten que estos conocimientos lleguen a profesionales que están formados dentro de los marcos convencionales?*

Creo que la docencia y la edición son dos herramientas fundamentales. Yo imparto clases no tanto por vocación académica, sino para incidir en las prácticas profesionales. Trato de ofrecer razones y rigor con el objetivo de contribuir a reducir tanto el sufrimiento como la coerción. Se trata de socializar herramientas que transformen las prácticas profesionales y la propia forma en que la sociedad en general entiende ciertas experiencias. A mí me hubiera encantado que con 18 años me hubieran dicho: «Hay otra gente que oye voces, hay gente que cumple 40 años oyendo voces, hay gente que tiene hijos voces, hay gente que hace vidas oyendo voces». No se trata de una pretensión de normalidad, sino de un reconocimiento: *existes*. Es un problema profundo, incluso ontológico: si tu experiencia no tiene un nombre, si no puede ser nombrada, entonces es como si no existieras.

Acudí al congreso de Intervoice en 2010 en Nottingham, Inglaterra. No tengo muchos recuerdos de lo que se dijo allí, pero sí me quedó algo muy claro: *toda esta gente oye voces y existe*. Escoger palabras propias para significar que te sucede es una ruptura de la lógica diagnóstica, un acto fundacional con el que poder ser más allá de la enfermedad mental y su horizonte de muerte. Se trata del primer paso para romper el aislamiento. No se está completamente solo si se sabe que hay más como tú, si sabe que están vivos. Aquí es donde la contracultura ha cumplido un papel esencial. Al principio fue fundamental en la difusión de estos conocimientos en espacios sociales y políticos más horizontales, como el anarquismo, la autonomía y los centros sociales, que acogieron siempre el debate sobre salud mental. ¿Por qué? Sería interesante estudiarlo en profundidad, pero creo que en esos espacios se da cabida a *los otros*, a quienes quedan fuera de las estructuras convencionales de convivencia.

Un ejemplo claro es la conexión entre programas de salud mental hechos en primera persona y las radios libres. Estas siempre han estado abiertas, ajenas al estigma. También creo que el 15M marcó un punto de inflexión: hubo una apertura social brutal. De repente, los debates sobre salud mental dejaron de ser algo residual y encontraron un espacio en las plazas, en las asambleas. Ahí la gente compartía sus preocupaciones y se podía decir: «Soy



una persona psiquiatrizada, y nos hacen cosas muy jodidas. Queremos que eso cambie». Y la respuesta no era el silencio, sino: «Cuéntame». Lo que hemos vivido en los últimos años en términos de movilización es deudor de ese momento de apertura. Fue una oportunidad única para poner estos temas sobre la mesa y para que una mayor cantidad de personas, más allá de los espacios refractarios habituales, pudieran acceder a todos conocimientos y experiencias.

—*Fernando, queríamos preguntarte sobre la cita de Rotelli que mencionaste en el Congreso de Granada: «No pienso que exista un saber específico sobre la enfermedad o que exista un saber específico sobre la locura. Pienso que existen algunos conocimientos banales que más o menos todos podemos tener acerca de estas cuestiones, y más allá no se va a ninguna parte. No hay ningún saber que vaya más allá, no ha existido nunca y probablemente no puede existir. Yo no creo que exista un saber sobre el hombre entendido como alma, como persona. Mientras que sobre el hombre entendido como cuerpo creo que se puede saber mucho y muchísimo, sobre el hombre entendido como sujeto no puedo imaginar cómo se puede presumir de saber. Claro que se pueden saber cosas, pero que yo pueda saber de ti, tener una ciencia del sujeto, me parece delirante»². Sin formularte las preguntas de Kant en la Crítica de la razón pura —«¿Qué puedo conocer?», «¿Qué debo hacer?» y «¿Qué cabe esperar?» — ¿Cómo puede conocerse algo en torno a él? Y ¿a quién o a dónde acudir para ello?*

Mi premisa es que eso a lo que se llama locura es una experiencia subjetiva radical. Y aunque las locuras se encuentren, siempre hay una parte que es propia, intransferible. Esa dimensión subjetiva no puede sistematizarse ni reflejarse en tratado; sería absurdo, porque además ni siquiera es algo fijo. Aquí es donde la psicopatología —en especial la más reciente—, con su afán por describir, se agota en sí misma. El salto epistémico ocurre cuando se pretende que los resultados de esa descripción —los diagnósticos— sean una realidad en sí. Entonces, ¿qué se puede conocer? Coincido con Rotelli: la pretensión de una ciencia del otro es absurda, incluso delirante.

Jugando con las palabras, y no soy el primero en hacerlo, es necesario desarrollar una crítica de la razón psiquiátrica en permanente transformación. Lo que puedas conocer depende del marco desde el que mires o preguntes, de si realmente preguntas y de si reconoces la legitimidad del otro para responder y producir conocimiento. Y también de asumir que

2. Rotelli, F. (2023). *El futuro de las políticas de salud mental en el último diálogo con Franco Rotelli*. Trieste-Madrid: La Revolución Delirante, Con /F/ Basaglia, Centro Documentazione Trieste 1971. Consultar en: <https://primeravocal.org/el-futuro-de-las-politicas-de-salud-mental-en-el-ultimo-dialogo-con-franco-rotelli/>



no lo entenderás todo, ni hace falta hacerlo. El problema, creo, es en gran parte una herencia positivista. Se ha intentado tratar el llamado «trastorno mental» como un hecho natural, como algo que precede a la experiencia y que se puede aislar y describir. Pero no es así. Cualquier problema que vinculemos a esa construcción más o menos operativa que llamamos salud mental está imbricado en la vida y cambia, depende de los marcos en los que se inscribe. Implica un sujeto y un conflicto que es expresado a través de un conjunto de experiencias. Por eso es absurdo que alguien de clase media-alta, que no se mezcla con ciertos barrios de la ciudad y habita un ecosistema social determinado del que solo sale para ir a trabajar al hospital, crea realmente comprender el delirio de un joven que ha crecido y vive en el entorno más duro de la ciudad, atravesado por otros códigos comunicativos y culturales. El choque no es clínico, sino sociocultural, de clase. Pero incluso si compartieras muchas condiciones, seguiría existiendo esa parte subjetiva radical que solo puede conocerse a través de una apertura de sentido. ¿Para conocerlo todo? No, para enterarse de algo. Y ese conocimiento, el que nos interesa, es el que contribuye a que se reduzca el sufrimiento. Justo aquí radica el problema: hay mucha gente que lo único que quiere es observar y describir. Pero yo, como «paciente psicótico», no quiero ser descrito ni observado. Quiero ser escuchado y acompañado, que me faciliten el acceso a herramientas para que esto que me sucede duela menos. Creo honestamente que el enfoque debe centrarse en minimizar el sufrimiento tanto como sea posible. ¿Cómo? Desde el ámbito profesional, ejerciendo un acto de humildad epistémica: asumir que los marcos de conocimiento tienen límites —también los que yo mismo manejo, con una mayor trascendencia de la biografía o de la determinación social— y que hay una parte que sigue siendo un misterio. Hay experiencias que difícilmente se pueden compartir, para las que hay pocos recursos más allá de la metáfora; y eso cuando se puede / se está en condiciones de dar con ella. En el centro de todo esto hay un problema profundamente humano. Para conocer sobre el sufrimiento psíquico hace falta una escucha radical, que te haga cuestionar lo que piensas, tus certezas y tu propio estatus. Se tiende con demasiada facilidad a la asunción de esquemas rígidos, y de la misma manera que para un martillo, todo son clavos... para un psiquiatra que busca diagnósticos, todo son signos o señales que lo conducen a una etiqueta. Entonces, ¿cómo hacemos para aproximarnos un conocimiento por precario que sea? Hay que permitir que las personas produzcan su propio saber sobre el sufrimiento que les atraviesa. Esa es la condición de posibilidad de cualquier verdad sobre la locura.

En cuanto a la tercera pregunta, sobre a quién o a dónde acudir, quizás, pensando en Rotelli, creo que él te diría: «Habla con los locos». Bajaría a



fumarse un cigarro con la gente, sin más. Suele contarse que en Trieste, durante los setenta y ochenta, la confusión entre técnicos y pacientes llegó a ser considerable. Porque si se entra en el juego, hay que hacerlo del todo. Implica un riesgo, no vale acercarse desde un afuera, desde la comodidad que otorga la distancia o la autoridad. La cuestión es que no vale aferrarse a la lógica de *si yo no me entero de nada, el problema es que el otro está loco*. No, el verdadero problema es no asumir que quizá no tienes las herramientas, la disposición ni la actitud necesarias para entender. Esto lo vinculo directamente con la reforma psiquiátrica y los procesos de desinstitucionalización, que ya he señalado que a menudo son mitificados. No siempre, más bien pocas veces, se llegó al corazón de la praxis profesional. Salvo contadas excepciones podemos afirmar que no se transformó radicalmente el aparato teórico y el hacer de quienes trabajan en salud mental. De haber sido así, la entrada de las premisas biologicistas y su hipérbole farmacológica habría encontrado una mayor resistencia. Creo que uno de los puntos críticos —más allá de un contexto político y social cada vez más individualista, donde la misma idea de compromiso ha ido difuminándose— se sitúa en el escuchar a las personas que están sufriendo, ver qué tienen que decir. Y hacerlo asumiendo la incertidumbre epistemológica, ética y profesional que supone. No hay escucha sin incomodidad, sin proceso de desarme y renuncia de poder. El resto es mero gesto simbólico o abierta simulación, pues todo profesional de la salud mental dirá que escucha, y que lo hace, posiblemente, más y mejor que nadie. De unos años a esta parte se ha llevado a cabo una captura de discursos y léxicos que espectaculariza la atención en salud mental sin que realmente haya cambiado nada, y así hay farmacéuticas que ofrecen escuelas de cuidados y psiquiatras realizando ponencias sobre el componente humanitario del electrochoque. Se habla mucho de tratamientos centrados en la persona, pero si este supuesto fuera consistente, instituciones, prácticas y roles ciertamente no serían lo que actualmente son.

Por otro lado, y dado que los problemas de salud mental interpelan a la sociedad en su conjunto, no son propiedad de quien acude a una consulta psiquiátrica, este reconocimiento del otro —que no ciencia del otro, recordemos— abre la posibilidad a un comprender mejor experiencias y subjetividades que se encuentran en ámbitos no necesariamente clínicos. Es necesario hablar de la pena que inmoviliza, de las ganas de hacerse daño a uno mismo, de las pequeñas y grandes paranoias del día a día, de los cuerpos que no reconocemos como propios... Antes mencionasteis la movilización de afectos. Cuando doy clase y digo que escucho voces, la mayoría de los profesionales con los que hablo reconocen que tienen personas en su entorno afectivo o familiar que también las escuchan o que las han escuchado



en algún momento. Y sin embargo, sigue el tabú sigue funcionando a la perfección: se sigue segregando esa barrera, esa distancia.

—Este libro parte de una reflexión crítica previa sobre las concepciones de la salud, algo que intentamos abordar en el Congreso de Granada a través de lo que llamamos pathos, buscando un enfoque más humano y diverso. Sin embargo, este texto también pretendía ser propositivo, o al menos esa fue la intención inicial: pensar en formas de salud distintas a las que ya habíamos cuestionado. La pregunta, entonces, es la siguiente: ¿Es posible definir una noción de salud mental en el contexto clínico que, en lugar de excluir, ampare? Es decir, que en vez de generar estigma, patologización y descontextualización, aporte algo. Y, en ese sentido, ¿cómo podríamos pensar un concepto de salud mental que, como decíamos poéticamente, «amparase en vez de excluir»?

No puedo responder a esto. Cuando Javier Erro desarrolla la idea de «cultura de salud mental» es precisamente porque el concepto de «salud mental» en sí mismo no nos sirve ya, no da de sí. De hecho, en la actualidad se disputa tanto como se vacía constantemente de significado. Una vez más, partir de la interrogación por el quién está hablando hoy de salud mental —que viene a equivaler a preguntarse quién puede hablar de esta cuestión— ayuda a avanzar en mitad del desconcierto.

El propio abordaje que la OMS hace de la salud mental se ha modificado con el paso del tiempo, haciéndose eco de los debates sobre los límites de los que adolece la histórica definición de salud que se propuso tras la II Guerra Mundial: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Siguiendo a Erro, no hay un concepto fijo que invocar, sino un conjunto de ideas en constante movimiento. Algunas salen y otras entran dependiendo de múltiples factores. Me fascina, por ejemplo, cómo se manejó el tema de la homosexualidad en el DSM. Es muy ilustrativo, porque cuando lo eliminaron como trastorno en 1973, surgió un problema: si se podía quitar tan rápido, entonces no era una categoría médica, sino política. Fue después cuando se votó la ratificación de la salida, al año siguiente, manteniendo la decisión por un pírrico 58%. Porque siempre se menciona que hubo una votación, pero rara vez se explica que, en un primer momento, se eliminó del DSM sin más, dejando ver claramente que tanto su salida como su inclusión en el manual respondían a determinados valores y voluntades, no a una entidad patológica en sí. Hubo incluso que reformular qué se entendía por trastorno mental, estableciendo que debía implicar una afectación de la subjetividad en relación con los otros y con el entorno. No fue el progreso acumulativo del quehacer científico el que desembocó en esta definición, sino una acción colectiva desplegada con el firme propósito de despatologizar una orientación sexual.



En cualquier caso, y como respondía en un primer momento, no estoy en condiciones de ofrecer una definición propositiva, y mucho menos en un contexto clínico. Tampoco aspiro a hacerla. Creo que lo que nos exige nuestro tiempo es asumir que el juego del lenguaje que se ha empleado hasta el momento se ha agotado. La psiquiatría y la psicología no nos permiten comprender las dimensiones y características de lo que está sucediendo. Y me parece que esto es especialmente cierto desde la pandemia de la Covid-19. Afrontar los niveles actuales de sufrimiento psíquico pasa por inventar otro pensar. Un único ejemplo para ilustrar esta impotencia: ¿qué hacemos con la actual prevalencia de autolesión entre los adolescentes?, ¿tienen todos ellos un trastorno mental?, ¿les diagnosticamos y medicamos?, ¿les ponemos a hacer psicoterapia?, ¿la culpa es de las redes sociales?, ¿es una expresión pasajera de malestar o un indicador de que las costuras de la sociedad están saltando?, ¿dejamos a la psiquiatría que se haga cargo del asunto o le preguntamos a la chavalada que le sucede?, ¿aceptamos como sociedad las consecuencias de una respuesta honesta?, ¿invertimos cantidades astronómicas de dinero en buscar marcadores biológicos del fenómeno?



ENTREVISTA CON CLARA BUGÉS E IRENE TURIEL (ENTRAR AFUERA)

Entrevista a cargo de: MANUEL SANTAMARÍA,
FRANCISCO ROMERO MARTÍN, ANTÍA PIÑEIRO BALVÍS, AGATA J. BAK

—*En primer lugar, queríamos saber un poco sobre el colectivo Entrar Afuera y también sobre vosotras.*

Irene Turiel: Entrar Afuera es un colectivo que comienza a existir en 2016, a raíz de una beca que consiguen algunas compañeras con la intención de realizar una revisión y crítica al *welfare* en un momento de crisis. En ese momento se trabaja en tres lugares, sobre todo en las clínicas autogestionadas de Grecia, Trieste y Madrid. Comienza como un colectivo de investigación militante en torno a la crítica de la situación del *welfare*, fundamentalmente en el sur de Europa y en constante diálogo con lo que ocurrió en Trieste y con toda la transformación posterior del sistema de cuidados que siguió al cierre del manicomio allí. Todo esto nos parece bastante interesante y deja aprendizajes también para el contexto de atención primaria en el estado español actualmente. A partir de ahí ha ido mutando, nos hemos ido incorporando personas en diferentes fases... estos últimos dos años hemos pensado más el curro en el contexto de atención primaria y hemos cruzado con otros lenguajes. Yo creo que esto tiene que ver con un encuentro que hicimos en un congreso de empresa social que hubo en octubre de 2022 y que, a raíz de ahí, nos juntamos un grupo de personas que coincidía que estábamos en proceso de desplazarnos a Barcelona. Ahí empezamos a pensar el proyecto en el que estamos ahora.

Clara Bugés: Sí, bueno, y también darle una materialidad un poco más concreta. Muchas trabajábamos ya en el entorno sanitario, entonces queríamos ir más allá de la militancia para ver cómo podíamos llevar realmente a nuestra práctica diaria las cosas en las que estamos pensando. Se dio la situación que comenta Irene: había gente que estaba en Madrid, que estaba en Asturias, en Italia... Y volvían a Barcelona. Por eso, aprovechando un poco la tesitura de aquí, decidimos trabajar juntas y darle una entidad al territorio en el que estábamos trabajando. Vamos, situar las prácticas.



—*A día de hoy, en la clínica, nos encontramos con un uso predominante de protocolos y guías para atender a las personas que acuden buscando ayuda. La pregunta que nos gustaría haceros es la siguiente: ¿cuáles son las ventajas y desventajas de trabajar con protocolos? ¿En qué ayudan u obstaculizan a la hora de decidir una intervención?*

C.B.: Creo que hay un punto en el que te ayudan como una herramienta o un manual cuando tengo una situación en la que se me abren muchos caminos posibles. Estoy pensando en una práctica clínica más amplia y no solo enfocada en la salud mental. Ahí te tienes que plantear escenarios y en base a eso decidir intervenciones o tratamientos que puedan ser más o menos lesivos. Pero luego, por contra, es algo que es tan general que tampoco contempla las particularidades de algunos casos o necesidades más concretas. Es algo tan genérico que al final te acabas perdiendo en el tener que seguirlo, como un manual de instrucciones que debes acatar al pie de la letra. Realmente tendría que ayudar a tomar algunas decisiones dentro de una incertidumbre, algo que tenemos mucho en nuestro trabajo. Pero que, al mismo tiempo, llevarlo todo al pie de la letra acaba haciendo que te fijas más en las indicaciones en sí, incluso acabas adoptando una manera de actuar más defensiva: «yo me guardo las espaldas porque tengo este protocolo que me ampara». De esta forma, muchas veces se deja de dar respuesta a la necesidad de la persona que tienes delante.

I.T.: Para mí, en el contexto de atención primaria, está por una parte su nacimiento y la reforma, en un contexto político muy concreto, y después cómo eso luego se traduce en el sistema sanitario público español. Creo que esa protocolización y estandarización nace de una impregnación biologicista, tecnocrática y positivista, que tiene mucho que ver con lógicas hospitalarias, asistencialistas y de resolución de problemas clínicos. Todo esto también se hace en primaria. En este contexto, hay cosas que pasan por este nivel asistencial que sí tiene sentido protocolizar y estandarizar (estoy pensando por ejemplo en la atención a un infarto agudo). Pero creo que lo grueso de nuestro trabajo en Atención Primaria tiene que ver más con la relación y con la atención a malestares que a veces tienen que ver con lo biológico y, muchas veces, no (o no solo). Lo que hacen los protocolos es ejercer violencia e impedir un trabajo de cuidados en relación con el territorio, tal y como se había pensado con la creación de los centros de salud. Nosotras escribimos un artículo justo repensando la atención primaria¹.

1. Cf. Garrido M., Kennedy I., Mcghie J.E., Rodríguez I., Turiel I., *La primaria a través del espejo*. AMF 2023; 19(6); 3388. DOI: 10.55783/AMFS190607. Cf. Garrido M., Kennedy I., Mcghie J.E., Rodríguez I., Turiel I., *La Primaria a través del espejo* (2). AMF 2023;19(7);3406. DOI: 10.55783/AMFS190710



También hay una autora, Elena de la Aldea, que cuenta todo esto muy bien. Ella habla de la subjetividad heroica en la configuración del rol profesional médico y yo es algo que veo extensible al resto de profesiones sanitarias y a los técnicos que formamos parte de Atención Primaria. Esta necesidad de solucionar todo y solucionarlo solo creo que muchas veces necesita de esta estandarización y protocolización para poder habitar la ficción de que se puede hacer así cuando, en realidad, no es posible.

—*Esta espontaneidad o flexibilidad parecen situar a la profesional de la salud en una situación poco usual, en tanto que se asume que son ellas las que están en control de la situación y sugieren —o someten— a los demás al tratamiento ya estipulado. Basta pensar en el concepto de «involuntario», eufemismo de violencia y dominación en tantas situaciones. Ahora bien, más allá de la crítica a esto, nos preguntamos: ¿es posible trabajar continuamente desde la pérdida de control? ¿Hay una suerte de «pilares» o «soportes» en los que apoyarse, aunque sea de forma estratégica? ¿Qué tipo de saberes y prácticas emergen en esa espontaneidad para evitar que las acciones no se reduzcan a una especie de voluntarismo profesional?*

I.T.: Sí, o sea, vuelvo un poco a lo de Trieste, porque para mí también a nivel de pensar lo político, profesional y personal es una referencia súper vigente. Creo que tiene que ver con cómo se ocupa el lugar de técnico, en nuestro caso de médicas, dentro de atención primaria, y tratar de tratar de sostener la incoherencia que implica habitar y ser parte de una institución como la sanitaria. Todo esto, intentando transformarla y ejercer la mínima violencia posible, porque creo que cero es imposible. Tiene que ver con situarse en un lugar un poco «umbral» en el que tengas presente que el mandato que tú tienes ahí dentro es dar respuesta a las necesidades que lleguen y que pueden tener que ver con tu campo específico de conocimientos técnicos, o no. Hay un lugar de poder que estás ocupando que te permite tener acceso no solo a conocimientos técnicos, sino también a relaciones de un entramado institucional al que es complicado acceder y poner en marcha desde fuera. Habría entonces dos cuestiones fundamentales. Por un lado, buscar esas prácticas no violentas o lo menos violentas posibles, lo cual implica tratar de tener las puertas abiertas y la mirada hacia afuera y permitir que las demandas entren. Por otro, una responsabilidad hacia arriba, de exigir a la institución desde tu lugar de poder y también de responsabilidad, hacerse cargo de estas demandas y tratar de activar y tensionar que las barreras, y lo que se crea precisamente para impedir ese acceso, se hagan más porosas o idealmente se diluyan.

C.B.: Todo esto es conflictivo porque además genera problemas incluso dentro de los diferentes servicios, dentro del mismo equipo... por esto que



dice Irene. Tenemos que poder permitir que ocurran cosas o admitir que lleguen a entrar algunas necesidades, asumiendo que quizás la respuesta no siempre tiene que venir desde nosotros pero que tampoco podemos decir «esto no es mío». Porque ocupamos un lugar estratégico y tenemos que responsabilizarnos de la utilidad que tenemos. Estamos trabajando en un sistema público, tenemos un lugar dentro de unos circuitos institucionales y además tenemos un conocimiento técnico que sirve para garantizar un derecho como podría ser el acceso a la salud. Tenemos que ver al otro como un sujeto de derechos, no como una persona que simplemente me viene pidiendo un servicio. En el momento en que te exponen esas necesidades y a la vez tú también tienes otras necesidades que te vienen desde arriba, no se puede presionar hacia abajo, sino con los otros y con la institución a la que tienes que poner en cuestión. Y eso es conflictivo. Un conflicto con sus intensidades, pero muy sostenido también.

—Podemos ver como muchos profesionales se dejan «contagiar» de la institución y se convierten en una suerte de técnicos que ofrecen servicios a quienes los solicitan, siguiendo un modelo de consumo de recursos. Desde vuestra perspectiva, entendemos que quizás los profesionales deben «contaminarse» del afuera y no tanto del adentro, evitando los cierres de la institución sobre sí misma. La pregunta que nos hacemos es, ¿no implica esa contaminación del afuera una transformación no sólo en las prácticas sino también en la subjetividad del profesional? Es decir, ¿no hay una cierta aceptación de la vulnerabilidad al dejar que el mundo social afecte a la práctica profesional, impidiendo que la profesional justifique su quehacer en un saber técnico?

C.B.: Para mí tiene mucho que ver con lo que hablábamos antes de ese quehacer heroico. Aceptas que eres una persona falible, que muchas veces igual no tienes una respuesta que dar directamente ante un problema pero que, desde luego, hay una situación en la que sí puedes abrir determinadas puertas como para que circulen los flujos o los circuitos de cuidados dentro de la misma institución. A lo mejor no tiene que ser desde aquí o a lo mejor nosotros simplemente tenemos que ir dando un registro de las cosas que nos van llegando. También poner eso en claro a la hora de conocer qué se espera de nosotras de cara a la persona que viene a solicitar algo. O sea, volvemos a lo mismo, está el «no es mío, no me hago cargo» y está el «bueno, aquí hay un melón». Entonces nos preguntamos cuáles son las cosas sobre las que se puede poner el foco. ¿Son relaciones de violencia a nivel social? ¿Son problemas habitacionales, problemas laborales? Porque los documentos e informes también tienen un peso y aquí nosotras podemos llegar a hacer algo muy concreto.



I.T.: Sí, creo que esto implica entender tu trabajo y tu militancia de esta forma, implica ocupar lugares impropios, si los queremos llamar así, que dan lugar a estas prácticas impropias también. Pero precisamente por cómo está construida la subjetividad en las profesiones sanitarias, creo que todo esto es imposible si no hay una transformación de esa subjetividad y de esa identidad o conceptualización del rol profesional. Y eso pasa porque ese rol profesional se mezcle, se contamine con el rol personal y con el político. Para mí, en nuestro curro, tiene mucho que ver con poner a disposición los saberes que tienes y soltar o ceder ese lugar de poder que te dan cuando no son compartidos y los consideras como algo exclusivo de tu rol profesional. Y tiene que ver con trabajar con el otro y buscar soluciones compartidas. Es una forma de trabajar muy diferente. Hay una lógica asistencialista que está permeando en cómo se entiende el trabajo en salud comunitaria, por lo menos en nuestro contexto. Esta lógica tiene que ver con que siga habiendo una división muy fuerte entre lo que es médico y lo que no es médico, con la utilización de lo que no es médico en favor de la resolución de problemas que te llegan pero que no consideras propios. Entonces, hay ese cambio en la subjetividad, de pasar a considerar como propio todo lo que llega y todo lo que tiene que ver con el sufrimiento de las personas. Y el lugar en el que pueden llegar esas demandas es un centro de salud, en este caso, pero las soluciones tienen que pasar muchas veces por contaminación de saberes, e incluso invención y creación, que esto también es muy triestino: la generación de dispositivos y prácticas que no son ni exclusivas de lo sanitario, ni exclusivas de lo social, ni exclusivas de la educación.

—Franco Basaglia insistía mucho en la necesidad de sostener y abrirse a la contradicción en la práctica para evitar la cristalización de los roles —relación médico-paciente, técnico-cliente—. Negarla implica, en la gran mayoría de los casos, ejercer violencia sobre aquellos que demandan ayuda. Nos preguntamos si podríais darnos algún ejemplo en el que se vea cómo el profesional sostiene y se abre a tal contradicción.

I.T.: Yo creo que cada día sostenemos la contradicción y que es todo nuestro desempeño profesional. Por ejemplo, en nuestro contexto de atención primaria en el estado español, creo que hay una parte que tiene que ver con las bajas laborales. Muy resumidamente, hay bajas laborales por enfermedad común, que excluyen los accidentes que ocurren en el lugar de trabajo y se catalogan como enfermedades profesionales. Aquí las responsables somos las médicas de familia y sabemos, además, que hay toda una demanda de gente que viene a la consulta que no puede más. Sobre todo en el lugar en que trabajamos nosotras, en los lugares con situaciones socioeconómicas complicadas, muchas de estas bajas tienen que ver con



mucha precariedad sostenida durante muchos años y con cuerpos que se rompen porque no es posible, en esas condiciones, llegar a la supuesta edad en la que te permiten no trabajar. Y nosotras estamos ahí pero, por otra parte, ciertas instituciones se encargan de garantizar la productividad y cada poco te van mandando mensajes del tipo «¿por qué esta persona no se puede incorporar?» o «creemos que esta persona ya podría estar apta». Ahí tenemos que hacer ese lugar bisagra de sostener un derecho, en el caso de las personas que están viniendo y, a la vez, mover hacia arriba y demandar que tiene que haber bajas largas en algunas ocasiones, que dejar de trabajar es terapéutico por sí mismo porque no es sostenible, no hay otros recursos, no hay un sindicato o unos derechos laborales que permitan trabajar en otras condiciones... Y la única posibilidad es no trabajar. Este es un ejemplo que creo que es clave.

C.B.: Creo que la clave está también en ese papel un poco bisagra que tenemos hacia unos y hacia los otros. A mí se me ocurre también la cuestión del manejo de las listas de espera. Cuando derivamos a alguien algunos servicios, pienso ahora en concreto el de salud mental, igual la respuesta por parte de los profesionales de salud mental es «no, no, conténlo, conténlo». Es decir, sigue haciendo tú en la consulta, dándole visitas a ver de qué manera se puede ir aliviando el malestar de esta persona, quizás dale medicación, pero no me lo derives hasta que lo veas fatal, hasta llegar a un extremo de crisis, a la agudización de una situación. Entonces tú tienes que estar presionando hacia arriba, porque también es algo que te está pidiendo una persona e igual tú tampoco tienes los recursos para poder abordar determinadas situaciones. Necesitas de otros saberes y recursos a los que tienen acceso otros técnicos, pero hay un mensaje de «deténlo, haz tú de muro de contención». Tenemos que, al mismo tiempo, ir empujando hacia arriba y a lo mejor también conteniendo, porque sabes que lo que hay después puede ser terriblemente violento.

I.T.: Lo que cuenta Clara con salud mental justo a mí me parece muy paradigmático, porque además estamos en un contexto de crisis, carestía y recorte de lo público. Habitar una institución que aquellos que ofrece como recurso de salud mental puede ser terriblemente violento es desolador. Pero a la vez hay gente que está demandando eso porque, aunque estamos tratando de construir otras alternativas, ahora mismo es lo único que hay. Y entonces cuando se niega o trata de frenar y alejar eso de ahí, no por eludir responsabilidad sino por minimizar el daño, se puede leer en muchos casos como una negación de recursos públicos. Todo esto pasa también es cuestiones más puramente clínicas como pueden ser con pruebas diagnósticas invasivas con riesgos, con cribados en cuerpos sanos no recomendados que en la privada se ofrecen y en la pública no... Y hay que



ser capaz de explicar y sostenerlo sin que se entienda o reciba como una privación de derechos.

—*Pensando en lo que nos estáis contando podríamos decir que hay una diatriba entre, por un lado, un proceso de medicalización e individualización del problema y, por otro, ese riesgo de percepción por parte de la paciente como una suerte de abandono institucional o de elusión de la responsabilidad. Entonces, algo que falta muchas veces, y por eso creemos que es importante que estéis aquí vosotras, es la creatividad que puede surgir en el entre de esos dos espacios. Pero, en ese lugar intermedio en el que tal vez personas como vosotras estáis ¿con qué límites institucionales os encontráis?*

I.T.: Justo aquí, es importante esta asunción de responsabilidad del rol técnico, de los conocimientos que tenemos de técnicos de medicina pero también de los entramados intrainstitucionales, que han de servir para borrar esos límites y encontrar las brechas y la forma de que esas otras soluciones co-creadas, creativas, el uso de otros lenguajes, etc. puedan entrar. Y nuestra experiencia, creo que muy compartida de todas las que estamos en Entrar Afuera en lo sanitario, es que esto es encontrarse con un muro constante de «esto no, proponed otra cosa». O puede ser también que te dejen avanzar y que en cuanto se tensiona un poquito la estructura institucional te digan «hasta aquí, frena». Entonces yo creo que, por una parte, se trata de no soltar y de estar continuamente tensionando y si te ponen un límite, pasarlo, buscar la brecha, ver la forma. Por otra parte, no hacerlo solo. Se trata también de buscar alianzas, pensar hacia arriba y aliarse no solo en el territorio y hacia abajo, sino también ver las formas y los paraguas legislativos, burocráticos, que permiten hacer de otra forma. Hay muchos más de los que pensamos y muchas veces es desconocimiento o pereza hacia eso, porque normalmente quienes estamos currando en lo asistencial no somos apasionadas de esa parte más legislativa. Pero hay que saber utilizarlo bien para poder hacer otras cosas y utilizar otros lenguajes. Porque claramente el esquema de médico a un lado, mesa, y paciente al otro, no permite dar respuesta a todo lo que llega.

C.B.: Sí, yo creo que aquí también hay un punto de cómo se elabora el conocimiento médico. Incluso cuando se hacen estudios de salud pública comunitaria, desde el momento en que se están planteando ya se está pensando en cómo se van a evaluar los resultados. Entonces se hace cierta una trampa, porque tampoco permites que te sorprendan, ver qué pasa cuando se hace alguna cosa. En el momento en el que tú quieres empezar a diseñar otras maneras de hacer, la respuesta que recibes es «bueno, pero dime qué resultado vamos a obtener con esto», «háblame de experiencias anteriores», «¿qué herramientas vas a utilizar para medir?». Te encuentras con esquemas



prefigurados y con la dificultad de explorar otros caminos. Es importante lo que decía Irene de qué otros paraguas se pueden pensar o qué otros lenguajes. Más allá de la parte científica, buscar otros saberes, otras investigaciones o mezclar otras ramas es fundamental para poder tener experiencias diferentes. Pensando en la experiencia de Entrar Afuera, por ejemplo, estamos utilizando un paraguas que viene de la cultura para explorar otros lenguajes, para poder abrir temas que se encarnan en los institucional del centro de salud, abordando cuestiones que nos llegan a la consulta. Todo esto con nuevas herramientas a utilizar y con recursos más creativos, para desalienarnos de nuestra parcela de conocimiento y dejar de decir «esto es esto y ya está».

—Entendemos que Entrar Afuera es un colectivo que quiere militar en la institución para así poder re-inventarla desde dentro, cambiando sus dinámicas y re-pensando sus estructuras. La pregunta que nos hacemos, en este sentido, es ¿la institución expulsa a aquellos que sostienen perspectivas críticas? ¿Os habéis encontrado con impedimentos a la hora de realizar algún proyecto o propuesta que se saliese de las dinámicas institucionales?

I.T.: Un poco lo que trataba de decir antes. Yo creo que la llegada de muchas de nosotras a Barcelona y el juntarnos, ha sido por esa expulsión o porque sentirte o encontrarte con estos muros ocurre con más frecuencia y creo que con una intensidad mayor cuando se está sola dentro. Es «sola no, con amigas sí» también llevado a lo profesional y a esa crítica institucional con voluntad de transformación. Por una parte creo que sí, que son esas experiencias que hemos tenido en Madrid, en Asturias, en los diferentes lugares de los que veníamos, y que solas son muchísimo más difíciles de enfrentar. No deja de estar en relación con la subjetividad heroica de la que hablábamos antes, que tiene que ver con haber crecido y habernos formado en la omnipotencia, en esta ficción de poderlo todo y poderlo solas. La otra cara de esto es la impotencia y el «si no lo puedo y no lo puedo todo sola, no hay nada que hacer, me voy de aquí, es un desastre». Eso lleva a un habitar cínico institucional en el que nada es posible. Creo también que el trabajo que venimos haciendo está en relación con asumir la vulnerabilidad propia y pasar por un cambio en la subjetividad, porque si no es imposible habitar la institución. Esa parte de la omnipotencia puede durar poquito; en cuanto nos acercamos ya en la universidad al hospital se va disolviendo, porque no es verdad. A veces bromeamos con que todos nuestros compañeros de espacios militantes críticos están o dejando la medicina o dedicándose a las urgencias hospitalarias y a hacer guardias, por esa imposibilidad de sostener un lugar así.

—Cambiano un poco de tema y moviéndonos más hacia la «salud comunitaria». Nos gustaría pensar en la reforma psiquiátrica del Estado español, la



cual se fraguó hace relativamente poco tiempo. Queríamos preguntar lo siguiente: en principio, los dispositivos de salud mental en España tienen una perspectiva comunitaria. Sin embargo, esto nos resulta chocante, especialmente si lo contrastamos con la cultura de la salud mental contemporánea, de corte neoliberal: individualización de los padecimientos, medicalización, enfoques cuantitativos... Queríamos plantear dos cuestiones al respecto: por un lado, ¿cómo veis los desarrollos de la salud comunitaria en España?; por otro, ¿cuáles consideráis que son las bases para desarrollar una perspectiva comunitaria en este ámbito? ¿Desde dónde podría pensarse y hacia dónde debería dirigirse?

C.B.: Yo creo que hay un punto importante en el cómo se ha ido pensando. Cuando se acerca la atención sanitaria a la comunidad, se identifica como comunitaria porque en lugar de ir a ver al especialista de turno al hospital lo vas a ver en tu barrio. Creo que ahí se da un vaciar de contenido, porque simplemente se sigue haciendo lo mismo pero en otro lugar, en otro decorado. Para mí, tener en cuenta una visión comunitaria de las cosas es intentar ampliar la mirada más allá del individuo y fijarte en lo que se llama la determinación social o los determinantes políticos de la salud. Preguntarse qué es lo que está impactando en la vida de la gente a diversos niveles, como si lo viéramos en círculos concéntricos. Porque todas estas realidades van atravesando a las personas y hay que tenerlo en cuenta, para generar una práctica que tenga incidencia sobre eso, para que mejoren las condiciones de vida de la gente y por lo tanto mejore su salud. Eso sería una perspectiva comunitaria. También en diálogo con la comunidad, porque no es una cuestión de que el sistema sanitario tenga que ser el que otorga salud únicamente, sino que es un elemento más dentro de una serie de servicios públicos que tienen que estar en constante interacción. Tanto con otros servicios, como con las personas que viven en esos territorios, que son las que van a tener unas necesidades y que van a estar disfrutando, necesitando esos servicios y no simplemente intentando que sea la gente o unos modos de vivir los que se tengan que adaptar a un modo de producción institucional.

I.T.: En el contexto de salud mental, que creo que tenéis más explorado, puedo decir que la reforma consistió en hacer «mini-manicomios» en los barrios, en cada territorio, pero con la misma lógica manicomial que cuando estaban en el hospital. En el contexto de la medicina generalista y la atención primaria, el desarrollo aquí bebe mucho del modelo anglosajón y se ha mirado poco a Latinoamérica, donde la medicina social y territorial sí han tenido una forma muy diferente de hacer. Se ha dado así una cooptación del saber médico y las lógicas asistenciales, hospitalarias, de la salud comunitaria. Esto puede verse bien en dos fenómenos. Por un lado, en la lógica de las derivas. Identificar los recursos en el territorio, no solo sanitarios sino también no sanitarios, se ha utilizado como un servicio



más al que derivar, no para un trabajo conjunto, ni para permitir que esos dispositivos y servicios colectivos, que ya están trabajando en el territorio y generan salud en sus habitantes, tengan ningún papel. Ni mucho menos se ha planteado la posibilidad de entrar a pensar la organización y las dinámicas del centro de salud en este caso, sino que se ha acentuado la división entre lo que es nuestro y lo que no, de tal forma que no es hacerse cargo de lo que viene al centro de salud, pensarlo como algo propio y con quién se puede solucionar, sino incidir en que *esto no es médico, esto es social*, derivándose al sindicato de inquilinas pero manteniendo la misma lógica asistencialista. Por otra parte, se da una idealización absoluta de las comunidades, entendidas como lugares de luz, exentas de conflictos, y, además, pareciera que estuviesen esperando con los brazos abiertos la llegada de las sanitarias para hacer cosas con ellas. Todo esto también tiene mucho que ver con este desconocimiento, con la imposibilidad de componer con el afuera que tenemos desde el mundo sanitario. Hace poco tradujimos un textito en el que Rotelli, uno de los psiquiatras que continuó después de Basaglia, conversaba con Benedetto Saraceno, un arquitecto, sobre la cuestión de la comunidad. El diálogo era sobre el momento actual a nivel político, social y sobre los dispositivos de salud mental y su papel.

Creo que éstas son algunas de las tesis sobre las cuales reabrir la discusión. Además de los pilares del trabajo en salud mental —a saber: los grandes proyectos rehabilitativos y de restitución de la ciudadanía—, hay otros ejes importantes sobre los cuales centrar la atención, también porque desde entonces las cosas han mutado profundamente. Por ejemplo, ha cambiado la idea de comunidad, y ésta podría ser otra tesis a discutir. La comunidad entendida como la plaza del pueblo, con el médico de la barba blanca, el farmacéutico y la pequeña iglesia, no está más, no existe más. Es una comunidad rural imaginaria. Pero, ¿qué es hoy la comunidad en Nápoles, o la comunidad en Milán, o la comunidad en Nueva York? No lo sabemos, y sólo podemos vislumbrar que una nueva dimensión recorre estas comunidades, a saber, su carácter virtual más que espacial, fundado más en afiliaciones tribales que en contigüidades espaciales. Pero de estos nuevos modos de ser de las comunidades no se discute nunca, y cada vez nos contentamos más con evocar una «comunidad» genérica, indistinta, no definida de otro modo².

2. Rotelli, F., Giovanna G., Entrar Afuera, Pérez, M., Salvini, F., Rodríguez, I., Malo M.,. «Futuro anterior de la ciudad social: reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste». En *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*, 2018, ISBN 978-84-94914-71-3, págs. 125-146, 125-46. Traficantes de Sueños, 2018. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6687447>.



También hace unos meses, Florencia Montes Páez dio una charla sobre repensar la democracia. Ella es una trabajadora social argentina que cuenta en este libro la experiencia de acompañamiento a personas en situaciones de calle, mujeres y personas no binarias en situación de calle, desde una perspectiva transfeminista. Ella habla de la performatividad de lo colectivo, que tiene mucho más sentido que esta especie de comunidad imaginaria que pensamos con cierta nostalgia. Nos decía que lo colectivo no es una característica dada en nuestras organizaciones o en los proyectos o los procesos de les compañeros. *Lo colectivo es una dimensión por la que hay que luchar para hacerla existir en nuestras prácticas*. La performatividad de lo colectivo funciona en cierta medida como la performatividad de género, por eso la autora cita a Butler. No es que el género se encuentre de antemano determinando nuestros cuerpos, sino que a través de los actos y prácticas cotidianas de repetición del género, varones y mujeres, los cuerpos son producidos como varones y mujeres. Entonces ella habla de que la performatividad del colectivo implica tratar todas nuestras experiencias, organizaciones, instituciones, proyectos, equipos, espacios... como si fueran colectivas. Para que en algún momento lo sean. Además, que sean colectivas no implica que todos estemos de acuerdo. En lo colectivo existe diversidad, disenso, debate. Y provocar lo colectivo es una tarea ardua y agotadora que algunos militantes llevamos adelante y que implica, por momentos, inducir, ficcionar las instancias y prácticas colectivas hasta que se hacen cuerpos³. Ella lo cuenta desde un lugar muy material, desde una experiencia en un contexto político-social muy duro. Pero el trabajo en salud comunitaria pasa mucho más por aquí que por esta otra cosa artificial que nos hemos montado bajo el concepto de comunidad.

—*La siguiente pregunta iba encaminada exactamente a todo esto que nos decís. Queríamos pensar en cómo el concepto de comunidad se ha vaciado de significado y se ha convertido, más bien, en una especie de reclamo, legitimación o atractivo. Una cuestión que surge es la siguiente: podemos hablar de determinantes sociales de la salud pero esta expresión, muchas veces, también se queda corta. Parece que no dice todo lo que supuestamente quiere decir. Por ejemplo, no es lo mismo cobrar 1.200 euros y tener dos hijos en casa que te ayuden, que cobrar 1.200 euros y tener a alguien en situación de dependencia, ayudar a otros... La pregunta que nos surge es: ¿cómo nombrar con más precisión aquello*

3. Cf. Montes Paez, F. *Acompañar es político. Ensayo transfeminista sobre la situación de calle*. Ed Abduciendo ediciones: 154.



que queremos decir y, pensando en la comunidad, cómo apuntar hacia esos sitios a los que queremos llegar?

C.B.: Cuando yo digo determinación social de la salud no me refiero solo a lo social, sino a unos determinantes políticos que tienen una parte social. Justo antes lo hablaba con Irene, ni siquiera en la carrera universitaria se aborda este tema. Te pasas seis años en una facultad de medicina hablando sobre la salud de los cuerpos, pero sólo se contempla el cuerpo de la piel para adentro y ya está. Todo lo que hay afuera, el medio que nos rodea, eso ni siquiera se habla. Entonces, ahí se da un gran trabajo que hacer en la mera formación de los técnicos que nos dedicamos a todo esto. A mí me surge con esto también una cuestión que tiene que ver con cómo evitar que esto sea algo que dependa del profesional de turno que te encuentra. Es decir, que estas posturas deberían ser más transversales y que no tenga que pasar porque tú seas militante de unas prácticas para querer llevarlas a cabo, sino que sea algo que pueda llegar a ser posible. Para eso, quizás, hay que ir repitiéndolo mucho en un montón de foros de técnicos. En foros más amplios, en las primeras consultas con la gente...

I.T.: Sí, y con esto también que decías de los determinantes sociales... Creo que otra de las derivas de la salud comunitaria que ha ocurrido estos años es una producción infinita de análisis, trabajos, investigaciones sobre las implicaciones de la precariedad laboral en la salud, sobre la imposibilidad de tener una vivienda digna en la salud, sobre la pobreza en la salud... sin que eso tenga una traducción en una exigencia de un cambio en políticas públicas, en un sostenimiento del derecho al acceso a la salud. Entonces, quizás, el trabajo por hacer para dotar de sentido a estos determinantes sociales es contarlos en las facultades de medicina. Hay una parte que es interesante y que probablemente haya sido necesaria, que es el hacer métricas y trasladar al lenguaje científico el por qué cosas que ya sabemos que generan mala salud, la generan. Pero una vez hecho ese trabajo, yo sí que siento que igual hay que contarlos en los procesos de formación. Y además todo esto debe tener una traducción en políticas públicas y en funcionamiento institucional. De hecho, en Trieste algo que hacen es que del presupuesto total del departamento de salud mental destinan un tercio a vivienda, un tercio a cooperativas de trabajo y fundación de puestos laborales, y el otro tercio a los dispositivos de cuidados y de salud mental. Todo esto porque sabemos que las situaciones de sufrimiento emocional, en diferentes grados, tienen que ver con la situación laboral, con la situación de vivienda o también con traumas en la infancia y situaciones vitales complicadas, pero en las dos primeras se puede incidir en el momento. Para mí esto es una traducción muy práctica de la posible influencia de los determinantes sociales en políticas públicas y en financiación que tienen un impacto directo en resultados en salud.



—*Nos genera cierta preocupación la creciente identificación con categorías diagnósticas del entramado psi, no solo por la configuración de una identidad en torno a etiquetas con baja calidad epistemológica sino por el carácter individualizante con el que estas son asumidas en ocasiones. Nos gustaría preguntarnos: ¿cómo sería posible trabajar desde la perspectiva comunitaria en la elaboración o articulación de sufrimientos que no pueden desgajarse del contexto y de las relaciones en que se generan?*

C.B.: Bueno, quizás no usando diagnóstico, sino nombrar síntomas. También intentar utilizar un vocabulario diferente. Para mí es una cuestión de desaprender un montón de cosas, desaprender una manera de razonar que te enseñan en la carrera. Desde ahí, intentar utilizar otros lenguajes para denominar las vivencias que tienen las personas y poner el foco en cuáles son las necesidades que están teniendo, cuál es tu papel ahí para poder dar respuesta... Todo esto hablándolo con la persona, dialogando con ella: ¿qué significan para ti estos malestares? ¿Qué implica que llame así a esto que me estás contando? Es importante aprender a comunicar y tomar decisiones compartidas. Por ejemplo, en el caso de las bajas que mencionábamos antes, explicitar cómo vamos a nombrar aquello que pasa y saber qué piensa la persona afectada sobre eso, cuáles son las implicaciones que tiene. Pensando en la cuestión de los diagnósticos, creo que no deben ser lo primero que salga en las consultas. También a raíz de que se está hablando un montón de salud mental, hay como una colectivización de determinados diagnósticos. La gente describe lo que le pasa a través de eso: en vez de decir «me siento angustiada», se dice «tengo ansiedad» o «tengo depresión». Es importante también desmontar eso. En cuanto a cosas concretas dentro de la consulta y a nivel más comunitario, hay que intentar abordar el tema yendo más allá del diagnóstico. Es ver qué es lo que hace falta, qué está necesitando la persona e intentar abordarlo desde ahí y no desde la etiqueta.

I.T.: Sí, y que también las luchas tienen que ir hacia que no haga falta un diagnóstico. Hasta ahora, muchas veces la etiqueta es lo único que podemos utilizar para garantizar un ingreso económico estable o un recurso habitacional. Yo creo que la pelea tiene que ir también hacia eso, que no sean necesarios. También que cuando se utilicen sea con un consentimiento informado previo y sabiendo la iatrogenia y el daño que esto puede provocar. Pero la realidad ahora mismo es que los diagnósticos son los lugares que se están encontrando para conseguir recursos o cierta ayuda. Pienso también en los colegios y cómo está creciendo la demanda de diagnósticos de TDAH o autismo, porque es la única forma de poder tener más recursos y atención para peques que lo necesitan.

C.B.: Sí, hay también una legitimación de un sufrimiento a raíz de un diagnóstico. Además, dentro de los diagnósticos hay un espectro de más



grave a menos grave y esto es un arma de doble filo. No solo se pueden conseguir recursos, sino que también a veces permiten detener algunas situaciones críticas como un desahucio. Es la única manera de legitimar el sufrimiento, parece que es más serio o incluso más real que otras maneras de vivirlo. Bueno, es que estaba recordando una conversación que tuve el otro día con una mujer. Ella me decía que quería un informe en el que constaran determinados diagnósticos para intentar evitar un desahucio, pero que al mismo tiempo no quería que aparecieran porque a lo mejor implicaba que le quitaran la custodia de su hijo. Ahí tenemos que nombrar que existe una vulnerabilidad, o sea, que existe una necesidad de cuestiones muy básicas como es la vivienda para una familia. Intentar poner el foco igual ahí, pensando en cuál podría ser la visión común desde la determinación política de la salud y no tanto desde el diagnóstico.

—*¿Existe una salud comunitaria?*

I.T.: Yo creo que sí existe. Si existe el concepto de salud, y creo que como algo más aspiracional que como algo conseguido, pasa porque sea comunitaria. Sin duda. Porque sea comunitaria, porque sostenga los derechos de todas, respete la subjetividad, la diversidad de los cuerpos y los malestares, las vivencias.

C.B.: Sí. La salud existe más como un espectro en el que puedes estar en diferentes lugares, no creo que haya algo que podamos denominar salud para todos porque el bienestar pasa por la subjetividad. Pero desde luego, para que sea algo sostenible y viable, se tiene que colectivizar. Para que se pueda mantener en el tiempo, que no se desgaste... O sea, que no sean unos pocos los que sostengan unos cuidados o unos haceres que generen ese estado.



ENTREVISTA CON LAURA MARTÍN

Entrevista a cargo de: FRANCISCO ROMERO MARTÍN, ANTÍA PIÑEIRO
BALVÍS, MANUEL SANTAMARÍA

—*Nos gustaría comenzar la entrevista invitándote a que hicieras una breve presentación de tu trabajo, trayectoria y vínculo con La Revolución Delirante.*

Soy psiquiatra. Me formé en Medicina en Granada y me especialicé en Valladolid, primero en el Consorcio Psiquiátrico Doctor Villacián y después en el Hospital Río Hortega. Desde que terminé la especialidad, he trabajado en distintos lugares: pasé 13 años en Valladolid, luego dos en Granada y, desde hace casi cuatro años, estoy en Málaga. A lo largo de mi trayectoria, he intentado progresivamente generar más lógicas comunitarias dentro de la institución psiquiátrica. He tenido la suerte de que, en los últimos años —sobre todo a partir de 2013— he podido acompañar en la cotidianidad a personas con problemáticas complejas a través de proyectos pioneros o, al menos, distintos a los que yo conocía. Creo que eso me ha dado una visión que podría traducirse en activismo, pero que, en realidad, tiene más que ver con un cambio en la concepción técnica a través de las prácticas. Además, me muevo en el movimiento asociativo. En 2011, junto con un grupo de compañeras en Valladolid, fundamos *La Revolución Delirante* como una alternativa a los espacios de formación que existían entonces para profesionales, especialmente residentes, que era nuestro caso en aquel momento. Buscábamos crear espacios de formación diferentes, y creo que fuimos los primeros en España en incluir a personas con experiencia como formadores. Con el tiempo, nos dimos cuenta de la importancia de ser coherentes, por lo que nos aseguramos de que estos espacios fueran completamente libres de intereses de la industria farmacéutica y apartados de los discursos hegemónicos. Desde entonces, *La Revolución Delirante* se ha entendido sobre todo como un movimiento, un espacio en el que cualquier profesional con preguntas abiertas sobre la clínica, o que quisiera salirse de los saberes excesivamente rígidos de la psiquiatría, pudiera sentirse identificado. De ahí



surgieron diversos espacios formativos, entre ellos el *Curso de Psicopatología e Intervención Comunitaria*, que llevo junto con Fernando Colina desde 2015. Hasta la fecha, han pasado por él cerca de 2.000 alumnos, lo cual nos ilusiona mucho porque supone formar a nuevas generaciones de profesionales que pueden escuchar un discurso distinto y, creo yo, más riguroso sobre la psicopatología y su implicación política.

También surgió la idea crear una editorial —una pequeña editorial autogestionada— de psiquiatría crítica donde seleccionamos y publicamos algunos textos breves que nos parece importante compartir.

Por otro lado, estuve durante dos legislaturas en la junta estatal de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, que es la agrupación profesional de salud mental más numerosa de España. La ruptura dentro de esta asociación fue clave para el posicionamiento de muchos profesionales y, por tanto, para el avance de la reforma psiquiátrica en el país. Soy socia desde 2006 y, durante mi etapa en la junta estatal, tuve la oportunidad de trabajar con compañeras brillantes de las que aprendí mucho sobre el mundo asociativo e institucional. Recientemente, me he involucrado aún más al asumir la vicepresidencia. En la junta estatal, me encargaba de la parte de formación en la *Escuela de Salud Mental de la AEN*, y una de las iniciativas que impulsamos fue la *Escuela de Otoño de Salud Mental*. Se trataba de una especie de campamento formativo para residentes como alternativa a la promoción que hacen los laboratorios farmacéuticos, que suelen financiar congresos en los que se transmite un discurso comercial de la psiquiatría actual. Nuestra propuesta, en cambio, era una formación rigurosa y de bajo coste, donde los residentes de psiquiatría, enfermería y psicología no solo recibían un contenido sólido, sino que también podían generar comunidad con compañeros de diferentes partes del país. Desde entonces, se ha seguido organizando cada año con nuevas generaciones de la junta estatal.

Desde hace dos años, también soy vicepresidenta oriental de la AEN Andaluza, lo que me permite, junto con el grupo de personas que estamos ahí, estar más cerca de las políticas de salud mental pública en Andalucía y servir como interlocutores en los planes de gestión regionales. Ahora que estoy en Málaga, siento que este trabajo es especialmente significativo, ya que Andalucía es mi casa.

—*Tanto en la formación, cursos y congresos que ofreces, así como en tus escritos, como es el Manual de Psicopatología que escribiste con Fernando Colina, encontramos una alternativa con la que pensar y comprender todo aquello que hoy se considera trastornos o enfermedades mentales: las «configuraciones subjetivas». Indicando, además, que se podrían distinguir principalmente tres tipos de configuraciones subjetivas: la psicosis, la del límite y la neurosis.*



¿Podrías explicar a qué apunta este concepto y esta triple diferenciación y qué consecuencias tiene tanto a nivel tanto teórico como en la práctica clínica? ¿Es un concepto que, por sí mismo, desecha la tradicional discusión entre lo normal y lo patológico?

Bueno, es una disposición teórica que intenta llegar a ese fin: poder realizar una clínica sin diagnóstico. Quizás ese sería el objetivo final de esta conceptualización. La clasificación inicial de *configuraciones subjetivas* bebe, sobre todo, del psicoanálisis. La diferencia entre las distintas escuelas psicoanalíticas básicamente se circunscribe a que algunas distinguen solo dos formas de *configurarse*, o dos *estructuras clínicas*: la neurosis y la psicosis, como sucede con las de orientación más lacaniana. En cambio, la escuela internacional tiende a establecer una estructura límite en medio. Es cierto que esta es una concepción teórica con raíces psicoanalíticas, pero intenta alejarse de una tendencia muy condicionada por las relaciones de poder que mantenemos los profesionales de la salud mental, evitando que esta clasificación se eleve a la categoría de diagnóstico. En la formación actual de los profesionales hay un déficit absoluto en psicopatología, especialmente en su aspecto más minucioso: la fenomenología psiquiátrica, la fenomenología del malestar psíquico. Esto ha derivado en un sinsentido, en el que la multiplicidad de diagnósticos que observábamos en clasificaciones internacionales como el *DSM-IV* se ha convertido en un espectro gigantesco en el *DSM-5*, donde caben multitud de malestares distintos sin un rigor psicopatológico real. Es decir, sin centrarse en los fenómenos, en lo que le ocurren a las personas, en su origen —de dónde vienen— y, sobre todo, en su función —para qué existen—.

Desde Aristóteles sabemos que clasificar es necesario para conocer la realidad. Sin embargo, en psiquiatría, clasificar con demasiada facilidad puede convertirse en etiquetar personas. En la clínica, como en toda la subjetividad, hay que hacer distinciones: hay cosas que nos asemejan y cosas que nos diferencian. Es un principio básico, pero la subjetividad se va basando en ese tipo de dicotomías. En el fondo, lo que todos los seres humanos tenemos en común es la soledad. Dentro de esa soledad, existen distintas formas de vivir la experiencia, atravesadas por factores biográficos más que biológicos, por lo contextual y por las herramientas que desarrollamos para afrontarla. Así, esa soledad se va impregnando de experiencias que pueden tener más que ver con *la extrañeza*, con *el abandono* o con *la falta*.

El problema es que, ante la soledad, algunas personas, por determinadas circunstancias vitales, contextuales, biográficas o incluso por la influencia de agentes externos, se ven desbordadas y su soledad se convierte en angustia. La angustia es probablemente el fenómeno más complejo de la subjetividad y el menos estudiado en psiquiatría y en salud mental. Y



es el más complejo precisamente porque *es el que dice la verdad sobre el ser humano*. Los síntomas que observamos en la clínica son, en realidad, elaboraciones de esa angustia, defensas que el sujeto desarrolla frente a ella. Si la angustia de alguien está más marcada por experiencias de extrañeza —es decir, si las experiencias son más lingüísticas, inefables o menos accesibles al lenguaje—, la defensa natural del sujeto será dotarlas de sentido. Aquí encontramos todo un conglomerado clínico que podemos llamar «clínica del sentido», lo que tradicionalmente se ha entendido como experiencias psicóticas. Esta configuración, más psicótica desde un punto de vista clásico, recupera aquí su carácter de experiencia, lo que permite que la persona pueda identificarse mejor con lo que le ocurre y evitar el doble extrañamiento del que tanto se habla en el activismo: no solo es extraño lo que me pasa, sino también el lenguaje que tú le estás dando a eso que me está pasando.

Del mismo modo, cuando la angustia está más ligada a experiencias de abandono, la defensa natural del ser humano ante el vacío es la acción. Todos, ante la inhibición, reaccionamos de manera activa o hiperactiva. En esta línea se sitúan muchas configuraciones clínicas límite, que están muy presentes hoy debido al contexto social actual. Aquí entrarían las autolesiones, el consumo de sustancias, los problemas con el hambre... En general, son cuadros en los que la identidad ocupa el centro de la psicopatología.

Por último, la tercera configuración clásica es la neurosis, en la que la angustia está más teñida por la falta. Se trata del conflicto natural entre el deseo y la culpa, que nos configura como neuróticos. Cuando esta angustia nos desborda, desarrollamos defensas que clásicamente se han definido como histéricas u obsesivas.

Todo esto tiene un fin didáctico, pero también responde a un recorrido teórico que Fernando Colina y yo hemos hecho. Partimos de conceptos psicoanalíticos que consideramos útiles para el conocimiento de la subjetividad, pero evitando una tendencia gnoseológica, es decir, la clasificación rígida de las personas. También tratamos de alejarnos de un saber exclusivamente técnico, que convierte la clínica en un ejercicio de etiquetado en lugar de comprensión. Al final, las personas no son psicóticas, límite o neuróticas de manera fija, como si estas configuraciones fueran biológicas o genéticas. Nuestra biografía nos configura, y cuando nos angustiamos, desarrollamos defensas. Pero la vida cambia: no somos los mismos a los 20, a los 30 o a los 50 años. Las experiencias que vivimos, las personas con las que nos relacionamos, incluso la medicación que tomamos, influyen en cómo nos defendemos. No se trata de acumular diagnósticos como si fueran capas, sino de entender que pasamos por distintas experiencias y que nuestras defensas pueden cambiar. Este enfoque aporta a la clínica la complejidad que merece, porque las personas somos complejas y nuestras



formas de experimentar la realidad también lo son. Es un intento de llegar a una clínica sin diagnósticos, es decir, a una manera de hablar de lo que les ocurre a las personas y, sobre todo, del propósito de sus síntomas, sin reducirlos a etiquetas. Además, rompe con la tendencia —y aquí utilizo la palabra tendenciosa— de la psiquiatría a separar a las personas en «ellos y nosotros». Franco Basaglia decía que «el otro es uno de nosotros». No hay una separación real, solo formas distintas de ser y de afrontar lo que nos ocurre. La verdadera rigurosidad clínica radica en comprender esa complejidad, en observarla desde la pregunta abierta. No me interesa definir o etiquetar la experiencia del otro, sino mantenerme en una posición de curiosidad y disposición a escuchar, sin imponerle un lenguaje ajeno ni someter su vivencia a una técnica cerrada.

—*Por tanto, podríamos decir que con esta clínica del sentido y sin diagnósticos el clásico debate entre lo que es normal y lo que es patológico quedaría desechado...*

Claro, porque al valorar las experiencias del otro desde un modelo más líquido —si queréis, más *queer*, más fluido— reconocemos que las personas van variando en sus formas de defenderse de su angustia, y que esos matices de la angustia también cambian porque nosotros mismos cambiamos como personas. Así, no establecemos fronteras artificiales entre las distintas configuraciones subjetivas.

Se trata de hacer un doble movimiento: de forma probablemente didáctica, y por necesidad profesional —porque a veces nos encontramos con experiencias que no entendemos del todo—, hacemos esa separación inicial para ver si algo pertenece más al orden psicótico, neurótico o del límite. Pero luego, al acercarnos a la persona, nos damos cuenta de que lo que llamamos psicótico tiene que ver con proveer de sentido una angustia ligada a la extrañeza; que lo que llamamos límite está relacionado con poner en acción algo que tiene que ver con el abandono y lo traumático; y que lo que se vincula al deseo no deja de ser otra forma de defensa, de mantener el deseo, que clásicamente se ha entendido como estrategias histéricas u obsesivas.

Las personas, a lo largo de su vida, pueden atravesar momentos con una clínica más del sentido y luego ir elaborando estrategias más ligadas a la falta o al deseo. Es decir, nos movemos constantemente: nadie es *un caso típico* de nada, porque en realidad todos somos atípicos. La subjetividad tiene esa riqueza, y eso es lo bonito de la salud mental y de la psiquiatría: que se sitúan en una posición expectante respecto a lo que le sucede al otro. El saber sobre la propia experiencia lo desarrolla la persona, no tú. Tú necesitas herramientas para no ir como un pollo sin cabeza, pero esas son tus herramientas, no las de la persona que tienes delante. No puedes definir a los demás.



—*Con relación a lo que comentabas, en muchas ocasiones has denunciado que la psiquiatría abandonó hace tiempo el estudio de la psicopatología. En tu caso, por ejemplo, sabemos que lo consideras como algo fundamental para la práctica clínica. No obstante, ¿qué sabe realmente la psicopatología? Es decir, ¿qué cosas podría aportar a la psiquiatría y qué ventajas tiene frente al modelo actual que la mantiene al margen? Y, ahondando en este asunto, ¿cómo se construye el conocimiento en psicopatología y qué criterios permiten determinar qué puede considerarse un saber válido?*

Creo que la psicopatología está completamente borrada del conocimiento y del interés de muchos clínicos en la actualidad. Probablemente, esto se refleja en el tipo de clínica y de técnica que predomina hoy en día. La psicopatología podría resumirse, sobre todo, en la preocupación por el detalle, en la curiosidad por lo único y lo minúsculo. Es como una actitud melancólica frente a las cosas, una especie de *flâneur* de la subjetividad humana. Se trata, como mencionaba antes, de preguntarse desde dónde ocurren las cosas y, sobre todo, para qué ocurren. No quedarse en la superficie, pero tampoco en la mera interpretación, sino profundizar en lo que realmente sucede desde el punto de vista del fenómeno. Es decir, la psicopatología estudia los fenómenos subjetivos y los subraya como algo único dentro del sujeto. Un buen saber psicopatológico, en esencia, implica esa actitud profesional que nos lleva a preguntarnos *qué le pasa a la persona*, en lugar de apresurarnos a determinar *qué tiene*. Este sería el fin último de la psicopatología, pero, lamentablemente, es algo que ahora mismo no se estudia.

Me parece muy interesante la pregunta sobre cómo se construye un saber psicopatológico, porque nos lleva a una contradicción fundamental. Un buen saber psicopatológico, en mi opinión, es aquel que no llega a ser un saber cerrado, sino que se mantiene en la pregunta abierta. Es decir, proporciona herramientas suficientes para formular preguntas y cuestionarse sin buscar respuestas definitivas. Tal vez sea una vuelta de tuerca, o simplemente la manera en que yo concibo la psicopatología, pero creo que su valor radica en no proporcionar respuestas concluyentes. De lo contrario, se convierte en una mera técnica descriptiva que vacía de subjetividad a las personas. En el contexto de nuestra práctica, esto es crucial, porque la psiquiatría enfrenta uno de sus mayores problemas: la pérdida de libertad del sujeto. Por eso, creo que una buena psicopatología no es un saber en sí mismo, sino una herramienta. Una herramienta para sostener la incertidumbre.

—*¿Cuál crees que es la concepción general del término salud mental que se tiene en el ámbito psi? ¿Nos hemos desplazado mucho de aquella definición que daba Freud, según la cual estar sano correspondía a la «capacidad de amar y de trabajar»?*



Siempre digo que la salud mental, un concepto que actualmente se usa con frecuencia, es en realidad un eufemismo de la psiquiatría. Parece que suena mejor poner «unidad de salud mental» en la puerta de un hospital que «unidad de agudos de psiquiatría», pero en el fondo es una forma de encubrir que lo que ocurre allí está atravesado por el poder psiquiátrico. Y este poder no es exclusivo de los psiquiatras, sino que concierne a todo el discurso psiquiátrico y a las relaciones de poder que se establecen dentro de esta disciplina. Es un fenómeno que involucra a todas las profesiones vinculadas a la psiquiatría y a las dinámicas institucionales y sociales que circulan en torno a la idea de lo normal y lo patológico, de lo aceptado y lo excluido. El problema de la psiquiatría es, en última instancia, un problema de libertad. Llamarlo salud mental o psiquiatría es indiferente; lo esencial es preguntarnos desde dónde ejercemos esa práctica y hacia dónde nos dirigimos con ella.

Cuando Freud definía la salud mental como *la capacidad de amar y trabajar*, es importante contextualizar su afirmación. Traída a nuestros días, puede resultar problemática, porque es precisamente esa idea la que parece sostener gran parte del concepto actual de salud mental en la psiquiatría. Se convierte en una frase fácilmente instrumentalizable para servir al sistema productivo y normativo, eliminando del camino a cualquiera que no se ajuste a esos parámetros. Tal vez la salud mental tenga más que ver con un sentimiento ligado a la libertad. La psiquiatría toca de lleno el concepto de libertad en dos aspectos: primero, porque históricamente se ha desarrollado como una disciplina de control social; y segundo, porque la salud mental se ve amenazada cuando la libertad, ya sea individual o colectiva, está en peligro. Mi propia salud mental se tambalea cuando siento mi libertad comprometida, pero también cuando mi libertad restringe la de otro.

Comprender la salud mental es difícil porque no es un problema meramente individual, sino colectivo: formamos parte de relaciones sociales que determinan cómo nos desenvolvemos. Esto me lleva a pensar que *una buena psiquiatría debería ser aquella que facilita la libertad*. Si el problema de la psiquiatría es la libertad, entonces la mejor psiquiatría es la que la promueve. Y esto no es antipsiquiatría, aunque muchas veces nos etiqueten así a quienes adoptamos una postura crítica dentro de la psiquiatría. Basaglia lo decía claramente: «la verdadera psiquiatría no es psiquiatría». Debería ser una práctica que facilite la emancipación y nunca comprometa la libertad del sujeto. Sin embargo, la psiquiatría actual no cumple esa función. Tal vez el concepto de salud mental pueda entenderse como aquel estado en el que una persona es libre en su subjetividad, en sus relaciones y dentro de las instituciones, sin que su libertad comprometa la de los demás. No es una definición cerrada, pero creo que se acerca más a una idea de salud mental



que no esté al servicio del sistema productivo. Quizá este desplazamiento de la libertad explique la proliferación de diagnósticos en la actualidad, donde no solo se identifican malestares, sino que se diagnostican masivamente.

—*Precisamente sobre esto queríamos preguntarte, acerca de lo que se conoce como «epidemia de diagnósticos». ¿Crees que actualmente hay una tendencia a que las personas busquen activamente un diagnóstico y lo adopten como una parte central de su identidad? En caso afirmativo, y según tu experiencia, ¿consideras que esta situación ha aumentado en los últimos años y, de ser así, podrías señalar qué factores crees que están influyendo en ello? ¿podría incluso tener relación con los procesos de medicalización de la vida?*

Creo que efectivamente existe un fenómeno de búsqueda de diagnóstico, así como de búsqueda de explicación sobre lo que le sucede a las personas. No sé si sería demasiado reduccionista, pero considero que esto responde a dos factores principales. El primero es la penetración del discurso psiquiátrico en la sociedad. Hay una tendencia clara hacia la psicologización y psiquiatrización de los problemas, lo que ha impulsado la expansión de este discurso. Basta con observar el cambio social: antes, ir al psicólogo o al psiquiatra podía ser motivo de vergüenza, mientras que hoy se percibe como algo natural. Esto podría parecer una buena noticia, y lo es para quienes experimentan un malestar «comprensible». Sin embargo, para quienes viven un malestar «incomprensible», sigue siendo una carga y un motivo de exclusión aún mayor. Este avance del discurso psiquiátrico está estrechamente vinculado con la influencia de la industria farmacéutica. Las farmacéuticas no solo elaboran y promocionan diagnósticos, sino que también ejercen una gran influencia sobre los medios de comunicación para difundir nuevos malestares y, por supuesto, sus remedios. Existe un mecanismo de marketing perfectamente orquestado que introduce las soluciones antes que los problemas, de modo que la sociedad percibe que la investigación ha descubierto una solución farmacológica para una condición que apenas unos años atrás nos hicieron creer que existía. Un ejemplo claro de este fenómeno es el suicidio. Durante años se ha hablado ampliamente de él, con inversiones millonarias destinadas a su estudio y prevención. Luego, salió al mercado la esketamina, un fármaco de alto riesgo y dudosa eficacia, extremadamente costoso para el sistema público. A pesar de esto, su aprobación resultó casi inevitable debido a la poderosa campaña de marketing que lo respaldaba a nivel político y comercial. Se llegó incluso a plantear que no aprobarlo equivalía a negar un tratamiento que podría evitar el suicidio, a pesar de la falta de evidencia concluyente. Estas campañas suelen derrumbarse con el tiempo, pero sus efectos en la sociedad perduran. Aquí se evidencia cómo los intereses económicos del capitalismo juegan un papel



clave. Bajo la lógica del sistema neoliberal, si no produces, entonces debes consumir, y uno de los mercados de consumo más rentables es el de los psicofármacos. Es por esto por lo que nunca verás grandes campañas de marketing promoviendo el ejercicio físico o la alimentación saludable como alternativas a la medicación, porque no generan rentabilidad económica.

El segundo factor relevante es la propia transformación social que estamos experimentando, especialmente entre los jóvenes. Vivimos en una sociedad más «líquida» donde la identidad es más frágil y menos estable. Es una sociedad más mediada por lo imaginario que por lo simbólico, lo que genera una especie de «crisis identitaria». En este contexto, muchas personas buscan explicaciones y conceptos que les ayuden a definirse. Helen Deutsch hablaba del «falso ser», un tipo de identidad suplementaria y artificial que sirve como una suerte de protección ante la incertidumbre y la fragilidad personal. El individualismo también ha hecho un daño enorme, especialmente a los jóvenes, al debilitar el sentido de comunidad y la posibilidad de compartir experiencias con otros. Esto ha dado lugar a una sociedad más marcada por la angustia del abandono y el trauma, lo que a su vez fragmenta la identidad. En este contexto, el diagnóstico, aunque sea una explicación artificial y, en algunos casos, violenta, se convierte en una respuesta atractiva. No solo ofrece una razón para lo que se experimenta, sino que también libera de responsabilidad al individuo.

En definitiva, estos dos factores se han combinado: por un lado, un discurso psiquiátrico que busca captar y patologizar el malestar de la sociedad, y por otro, una sociedad necesitada de abrigo identitario. Es una relación compleja en la que la información disponible está, en muchos casos, sesgada y determinada por intereses económicos, lo que refuerza esta tendencia hacia la medicalización y la búsqueda de diagnósticos como forma de explicación y validación personal.

—*Esto lo vemos con frecuencia en redes sociales. La falta de rigor epistemológico en la mayoría de las categorías diagnósticas permite que prácticamente cualquiera pueda identificarse con ellas, salvo en casos de experiencias más «incomprensibles». Esto, sin duda, contribuye a la fragilidad epistemológica, lo que en cierta medida hace que los diagnósticos puedan parecerse a un horóscopo...*

La evolución del DSM ha sido, desde el punto de vista estratégico, impecable. En el momento en que la sociedad comenzó a volverse más líquida y surgió una mayor necesidad de ser definido por el otro, el DSM supo aprovechar esa coyuntura. Podríamos analizarlo desde una perspectiva más fenomenológica, pero la falta de reconocimiento y de juego en la infancia es un factor clave. El juego manual, el contacto con los demás, la posibilidad de establecer relaciones propias...son esenciales en la construcción de



la identidad. El otro día observábamos una escena en la calle que resultó muy llamativa: un grupo de niños intercambiando cromos. A primera vista, algo muy positivo. Sin embargo, al observar con más atención, nos dimos cuenta de que eran los padres quienes realizaban los intercambios en lugar de los niños. Es un reflejo del cambio social que estamos viviendo. La falta de oportunidades para que los niños negocien, discutan y establezcan sus propias jerarquías afecta directamente su desarrollo identitario. Probablemente, esos padres no pueden pasar más tiempo con sus hijos debido a la precariedad laboral y la cantidad de horas de trabajo, lo que añade una capa de complejidad social a la situación. Lo que estamos observando son generaciones cada vez más conectadas, pero más solas. Aunque esto se ha convertido en un lugar común en los discursos críticos sobre la sociedad actual, es una realidad palpable. La soledad genera una mayor sensación de desnudez, y el diagnóstico se convierte en una especie de ropaje que no solo brinda una explicación, sino que también exime de responsabilidad.

—Cuando has mencionado el ejemplo de los niños intercambiando cromos y hablaste de la soledad, no hemos podido evitar observar un cambio con respecto a lo que planteasteis tu y Fernando Colina en vuestro Manual de Psicopatología. Allí señaláis que la melancolía es la experiencia fundamental compartida por todos los seres humanos, pero parece que habéis cambiado esta idea y lo habéis sustituido por la soledad. Nos llama la atención este giro, porque la melancolía tiene un peso histórico y filosófico muy profundo, mientras que la soledad parece una noción más... superficial o menos honda. Escuchándote ahora, nos preguntamos a qué se debe este cambio. ¿Por qué habéis pasado de la melancolía a la soledad como esa experiencia fundamental compartida por todos?

Creo que, en el fondo, toda nuestra soledad es melancólica, porque es una soledad de pérdida y desamparo. Sin embargo, el uso de términos con una fuerte carga clínica para describir experiencias comunes debe manejarse con cuidado en contextos técnicos. De lo contrario, parecería que todos estamos condenados a una melancolía basal. Es cierto que, desde un punto de vista filosófico, podríamos traducir esa soledad en términos de melancolía, y desde la fenomenología podríamos interpretarla en relación con la pulsión o la ausencia de lazo con el otro y con el lenguaje. En última instancia, todos partimos de ahí. Pero si lo que buscamos es que un cambio en la mentalidad técnica derive en un cambio en las prácticas, es más útil conectar con la idea de que la experiencia común es la soledad. De este modo, es más fácil salir de una lógica diagnóstica. Aunque pueda parecer un concepto más simple, en realidad es más riguroso con la complejidad. A veces, lo simple es lo más complejo. Cuando hablas de soledad en ciertos círculos profesionales, te encuentras con compañeros con años de experiencia que, ante un paciente,



pueden decir «pero si vive con su madre...» Se quedan allí, sin profundizar. La limpieza clínica es sorprendente. A diario veo esa falta de interés por lo abstracto, por lo intangible. Vosotros, que os dedicáis a pensar en estas cuestiones, podéis aportar mucho precisamente porque sostenéis conceptos que nos son materiales ni evidentes. En cambio, en el ámbito clínico, la ausencia de este tipo de pensamiento es apabullante... y da miedo.

—*Escuchamos con frecuencia que llega mucha demanda a consulta, pero que las profesionales no siempre la identifican como un problema de salud mental en sí mismo. Se dice que algunos casos no deberían entrar en estos dispositivos o circuitos, según el criterio de quienes atienden. ¿Crees que hay algún tipo de criterio válido para sostener esta afirmación? ¿Y cómo situarse entre, por un lado, la negación de una demanda de cuidados y, por otro, la institucionalización de un sufrimiento que tal vez podría transitar otras vías fuera de los dispositivos de salud mental?*

Creo que afirmar que hay personas que sí deben ser atendidas por los servicios de salud mental y otras que no, es una idea peligrosa. Los servicios de salud mental, tal como están estructurados, tienden a psiquiatrizar y psicologizar cualquier tipo de malestar. No debería ser así. Este tipo de afirmaciones nos pueden llevar fácilmente a pensar que existen problemas derivados de determinantes sociales que se solucionarían con un cambio social, mientras que otros sí necesitan de la psiquiatría y la psicología porque, aunque no se diga abiertamente, se consideran enfermedades mentales. Esta diferenciación es artificial, peligrosa y compromete la libertad de las personas. Es un argumento que parte de la idea de que hay «gente cuerda» y «gente loca», una visión simplista y reduccionista. Es un argumento cuerdista. Los determinantes sociales afectan a todas las personas, sin importar si su malestar es más o menos reconocible desde mi propia experiencia. El sufrimiento es individual. Hay quienes atraviesan situaciones cotidianas y sufren enormemente, mientras que otros pueden enfrentar circunstancias extraordinarias y sufrir menos. Si ahora se está haciendo una diferenciación entre lo que debe y no debe ser psiquiatrizado, es fácil que volvamos a la lógica institucional de los diagnósticos jerarquizados: trastorno mental grave, trastorno mental leve, etc. Esto nos lleva a esa dicotomía mortífera en la que siempre hay alguien que sale perdiendo o queda excluido de la ecuación.

De forma resumida, si la psiquiatría y la salud mental realmente se pusieran al servicio de las personas, no solo se atendería la clínica con mayor rigor, sino que se provocaría un cambio social. Como profesionales, nuestra labor no debe limitarse a la atención individual, sino contribuir a transformar el contexto en el que operamos. En mi caso, como psiquiatra, tengo la



responsabilidad de participar en ese cambio social, porque mi propia existencia dentro del sistema contribuye a mantener una estructura jerárquica en la que siempre hay quienes salen perjudicados. Es una contradicción sin solución, pero es en esa contradicción donde debemos movernos. Además, el cambio no debe venir solo de los profesionales, sino de las personas. Son ellas quienes deben interpelarnos y exigir que la institución cambie. No creo que haya personas «subsidiarias» o «no subsidiarias» de los servicios de salud mental. Creo que estos servicios deben transformarse y ponerse realmente al servicio de la gente. Si lo hicieran, esto implicaría una mayor integración con la atención primaria, con los movimientos sociales, con comunidades y grupos no institucionalizados, y con los movimientos en primera persona, como las asociaciones de familiares y usuarios. Si los servicios de salud mental estuvieran plenamente integrados en lo social, *la pregunta no sería quién debe entrar o no en el sistema, sino qué estamos haciendo y qué no estamos haciendo desde la clínica*. No deberíamos cuestionar si una persona tiene derecho o no a recibir atención, sino reflexionar sobre qué podemos ofrecer y de qué manera.

—*La siguiente pregunta está relacionada con lo social. ¿Crees que la organización o estructura de nuestra sociedad actual es un factor que no solo propicia ciertos malestares, sino también algunas de las configuraciones o experiencias subjetivas de las que habláis? Pensamos, por ejemplo, en la interesante hipótesis de Colina sobre el origen de la esquizofrenia o las experiencias esquizofrénicas a finales de la modernidad.*

Sí, ahí hay un cambio en la subjetividad. En un momento dado, comienza a registrarse que hay personas que escuchan voces, lo que puede entenderse desde distintos órdenes: como un fenómeno lingüístico, como un mecanismo de defensa ante la extrañeza o incluso como una defensa psicótica. Creo que hoy en día, como mencionamos antes, vivimos en una sociedad más traumatizada porque está más sola, y esa soledad facilita que el trauma se genere con mayor facilidad. Actualmente, la clínica que predomina es más inestable, móvil y fluida, al igual que la identidad social. Es una clínica muy vinculada a los procesos de identificación y contraidentificación, y a la ausencia de estos. En definitiva, se trata de una clínica del orden de lo imaginario. Y no es casualidad: hemos pasado de la era de la idea a la era de la imagen. La subjetividad actual está completamente atravesada por la imagen: imágenes fugaces, instantáneas, relaciones ambivalentes y veloces... Hemos salido de las lógicas del deseo que predominaban en el siglo pasado y hemos entrado en lógicas más pasionales, inestables y efímeras, que dejan a las personas más desorientadas y vulnerables.



—¿Podríamos decir, entonces, que nuestra sociedad actual favorece la emergencia de configuraciones o experiencias subjetivas más del orden del límite?

Sí, absolutamente. La clínica del límite, entendida dentro del continuo que proponemos, se ha vuelto mucho más frecuente. En la práctica clínica, veo cada vez más personas dañadas por lo traumático. Y lo traumático no siempre es algo explícito. A veces proviene de la incoherencia en los cuidados o de la precariedad económica. Muchas personas que han vivido situaciones muy difíciles en edades tempranas desarrollan una hipermadurez que les permite manejarse bien en la sociedad, pero internamente están desestabilizadas. Creo que esto es lo que más predomina en la actualidad. Luego, los síntomas pueden manifestarse de diversas formas, pero el trasfondo es el mismo.

Lo que sí percibo con claridad es un cambio en la clínica respecto a cuando comencé a trabajar. Antes, el malestar de los pacientes no se manifestaba con tanto abandono afectivo. Ahora, la subjetividad está más afectada por la sensación de desamparo. Las personas están más atenzadas por la realidad, es decir, sienten que esta muerde su identidad. Hoy en día, la clínica se relaciona más con la acción: con el autocastigo, el autodesprecio, la tendencia a perder siempre, la dificultad para sostener responsabilidades... Como sujetos, necesitamos dos cosas: que nos quieran, pero no del todo, y que nos digan que no. Necesitamos la presencia —en términos freudianos— y necesitamos el límite o la ley. Sin embargo, vivimos en una sociedad en la que los afectos son solitarios, instantáneos y poco consistentes. La presencia del otro es muy inestable, ya que es más virtual que física, lo que implica una menor mediación del lenguaje y una mayor preponderancia de la imagen. Por otro lado, la ley también se ha vuelto inestable. Un ejemplo claro son las nuevas tendencias educativas que evitan decir «no» a los niños. Esto tiene graves consecuencias sobre la subjetividad, porque lo que realmente nos estructura como sujetos es el límite, no la permisividad. Los psicopatólogos clásicos ya lo decían: lo que más estructura al sujeto es el «no», nunca el «sí». Necesitamos un límite para entender dónde termina nuestro espacio y dónde comienza el del otro. Sin ese límite, la realidad se vuelve inconsistente, lo que paradójicamente no genera más libertad, sino más confusión e inestabilidad. En definitiva, seguimos viviendo bajo un mismo grado de prisión. La aparente libertad de hoy en día nos deja sin referentes claros y sin anclajes, lo que nos hace más vulnerables. Cuando las personas se enfrentan a situaciones que desafían su identidad, se vuelven inestables y, en esa inestabilidad, deben defenderse... muchas veces a través de síntomas.

—Para cerrar esta parte más crítica, tanto respecto a la cuestión diagnóstica como a la configuración de la subjetividad en el contexto sociopolítico en



el que vivimos, queríamos plantearte una pregunta que también apareció en la entrevista con Fernando Balius. Desde que Mario Ron, Patsy Heise y Sandra Hechel comenzaron a poner en diálogo a las personas que oyen voces, nos ha resultado más fácil cuestionar que esta experiencia sea inseparable del sufrimiento, y considerar que quizá es la relación con esas voces y su contenido lo que puede generar sufrimiento. ¿Crees que hay sufrimientos psíquicos que lo son por sí mismos, que la experiencia en sí genera sufrimiento per se? ¿O todos dependen, en mayor o menor medida, de una relación con el otro que no reconoce la legitimidad de esa experiencia?

Creo que a esa pregunta deberían responder quienes han atravesado esas experiencias tan extremas, que desde fuera suelen ser tipificadas o catalogadas. Hay una tendencia a elaborar un saber sobre lo que le pasa al otro, y esa es una de las contradicciones en las que inevitablemente se cae cuando te acercas a la teoría, a la psicopatología o a cualquier posición clínica: ¿cómo sostener un intento de saber sin caer en la pretensión de que puedes saber realmente sobre el otro? Ahora bien, ¿hasta qué punto el sufrimiento es genuino en la experiencia individual, o hasta qué punto depende del otro? Desde mi punto de vista, todos somos seres sociales. No podemos separarnos de la mirada del otro, del reconocimiento del otro, ni de lo que el otro nombra respecto a lo que nos sucede. No podemos ser ajenos a lo que el otro dice que nos pasa, ni a lo que el otro ha hecho o dejado de hacer con nosotros. Es decir, creo que no puede existir un malestar estrictamente individual: el malestar siempre pasa por lo colectivo. En ese sentido, todos los movimientos de escucha de voces y otros colectivos que se agrupan en torno a experiencias diversas están llamados —y bien llamados— a incarnarnos desde el punto de vista institucional y del saber. Tienen un sentido personal, pero también un sentido político. Y creo que eso es clave para transformar las prácticas. Ahora bien, la pregunta de si sufro genuinamente o solo sufro porque el otro no admite mi sufrimiento... es irresoluble. Sí creo que cuando la experiencia del otro, por muy extraña que te resulte, es admitida dentro de la posibilidad de ser experimentada en la sociedad, el malestar se reduce. Gran parte del sufrimiento de muchas personas con sufrimiento psíquico proviene de la violencia simbólica y real que ejercen los demás: la exclusión, la negación, la invalidación. Por eso, lo importante no es solo hacer una buena clínica, sino que esta clínica conlleve un cambio social. Porque sin un cambio social, las personas no pueden mejorar genuinamente. No se trata de una neurona que no funciona o de una bioquímica alterada, sino de la vida de las personas.

En el dispositivo en el que trabajo, atendemos a muchas personas que llegan muy rotas, con experiencias de vida muy duras, muchas de las cuales tienen que ver con la propia institución. Entonces, lo mínimo que podemos



hacer —y probablemente lo único que realmente podemos hacer— es dar la posibilidad de que su experiencia cambie. Si alguien ha pasado toda su vida en relaciones marcadas por el abandono o la violencia, mi responsabilidad como profesional es ofrecer un espacio donde esa violencia no se reproduzca y donde el abandono no sea una opción. Mi trabajo no es arreglar a nadie, ni curar a nadie, ni cambiar a nadie. Mi trabajo es ser responsable del lugar institucional que ocupo y generar condiciones que faciliten experiencias distintas, para que las personas puedan vivirse de otra manera, sufrir menos y activar sus propios recursos en la medida en que los necesiten.

—*Dentro de tu concepción de la clínica y de la crítica a la psiquiatría, queremos preguntarte sobre los saberes y las experiencias de las personas y comunidades usuarias. ¿Crees que el propio saber de quien sufre debería participar no solo en la relación clínica, sino también en la génesis teórica? ¿Y qué caminos crees que pueden transitarse en este sentido?*

No sé si llamarlo «saber», pero todo aquello que pongo al servicio de mi práctica, las herramientas con las que me muevo, está completamente interpelado, cuestionado y elaborado a partir de la experiencia con las personas que he acompañado a lo largo de mi vida. Es decir, no solo me parece útil que la experiencia de quienes sufren malestar psíquico se incorpore a los saberes técnicos, sino que creo que es fundamental. Un saber técnico que deja de lado lo que le pasa al otro es un contrasentido; volveríamos a una lógica meramente teórica. Creo que una buena teoría es aquella que no se queda en teoría. Con el tiempo, te das cuenta de que *no se trata tanto de saber, sino de estar y ser de utilidad*. Y como el «estar» y el «ser de utilidad» son algo que te devuelve la gente, es ella quien te muestra qué necesita. La diferencia fundamental en la clínica es esta: o bien haces una *clínica del saber*, una clínica teórica y técnica en la que diagnosticas, tratas los síntomas y después ves qué necesita la persona —este es el modelo predominante ahora mismo—, o bien haces *una clínica basada en las necesidades y los derechos de la gente*.

Si te basas en las necesidades y derechos, tu posición profesional cambia por completo, porque no es tu saber lo que se pone a disposición del otro, sino tú como sujeto. En este enfoque, el objetivo no es solo empoderar a la persona renunciando a tu poder, sino facilitar que la sociedad no la siga excluyendo. Muchas veces, nuestra función como profesionales es hacer de parapeto frente a la violencia social. Si realmente te pones a disposición de la gente, la clínica cambia. Y aquí está la paradoja: la psiquiatría hegemónica llama «psiquiatría» a la primera forma de hacer clínica y «antipsiquiatría» a la segunda. Sin embargo, creo que es al revés: cuando te pones verdaderamente a disposición de las personas, tu lugar como profesional se vuelve



más legítimo y riguroso. Esto es lo que realmente puede provocar un cambio en las prácticas.

Una persona a la que acompañé durante mucho tiempo me dijo algo que me pareció brillante en su sencillez y que todos los profesionales de salud mental deberían tener presente: «Para ser una buena psiquiatra, solo hace falta ser amable». Pero no hablaba únicamente de amabilidad en un sentido superficial; se refería a la flexibilidad, la disponibilidad y la coherencia. Y creo que eso es lo más importante en mi trabajo: ser coherente con lo que hago y, sobre todo, tener siempre presente que debo controlar mi violencia. Ocupamos una posición de poder inmenso a nivel social, y nuestra responsabilidad es controlar la violencia potencial que podemos ejercer en cualquier situación. Esto no se aprende en los libros, sino en la experiencia. He tenido la suerte de poder equivocarme con muchas personas y de que me lo hayan dicho. Eso te cambia como profesional.

En definitiva, creo que no solo hay que reconocer el saber del «experto por experiencia» frente al «experto por profesión», sino que el verdadero experto es el primero. Nosotros, como profesionales, *debemos ser herramientas que las personas usen en la medida en que lo necesiten y hasta que lo necesiten, con el fin último de que no nos necesiten más.*

—*Sabemos que a lo largo de tu trayectoria has mantenido contacto con grupos, tanto profesionales como no profesionales, que no transitan la senda institucional. ¿En qué manera pueden suponer una resistencia o una alternativa a los controles y a los cuidados institucionales? ¿Crees que tiene cabida cierta autogestión dentro de una institución en salud mental?*

Creo que todo lo extrainstitucional está llamado a interpelar a lo institucional. Ese «dentro-fuera» que a veces se plantea es, en muchos casos, una construcción artificial. Lo extrainstitucional, en lugar de oponerse a la institución, debería servir para cuestionarla y evitar que los cuidados se transformen en mecanismos de control. En este sentido, me gusta ser prudente con el uso de la palabra «cuidado», porque se ha vaciado mucho de contenido. Actualmente se emplea de manera tan generalizada que a veces pierde significado, pero en mi visión, el cuidado es lo opuesto al control.

También creo que hay un error de base que se repite mucho en el ámbito de la salud mental, especialmente entre los profesionales jóvenes que se incorporan al sistema. Se suele pensar que lo institucional, como en mi caso el sistema público de salud, y lo extrainstitucional, como los movimientos sociales o asociaciones, son espacios completamente separados. Sin embargo, todas las relaciones humanas son relaciones de poder y, en ese sentido, cualquier grupo humano puede institucionalizarse. Por eso, el verdadero debate no es si debe existir la institución o no, sino desde dónde y hacia



qué actúa. Para analizar una institución, lo fundamental es observar qué prácticas responden a un discurso y cuáles refuerzan relaciones de poder. En psiquiatría, esto es especialmente relevante. Así que, más que preguntarnos si la institución debe existir, deberíamos plantearnos qué relaciones y qué aperturas puede generar con lo extrainstitucional, y viceversa.

En cuanto a la autogestión dentro de las instituciones psiquiátricas, creo que debería tener sentido, aunque no sé hasta qué punto es viable en la práctica. Lo autogestionado busca cuestionar las relaciones de poder internas, y en ese sentido, podría abrir grietas en las estructuras institucionales. Sin embargo, ¿es posible que algo autogestionado no acabe volviéndose institucional? No lo sé. Lo que sí tengo claro es que, aunque participe en movimientos asociativos, estos también responden a dinámicas institucionales. La familia, por ejemplo, es una institución. Estamos rodeados de jerarquías y estructuras institucionales. En mi contexto, dentro de la institución psiquiátrica, mi responsabilidad no es destruir la institución para que desaparezca, porque inevitablemente surgiría otra en su lugar. Lo importante es transformarla. No se trata de acabar con la institución en sí, sino con su carácter opresivo, con sus estructuras de poder y exclusión. Nuestra tarea es desenmarañar las lógicas del saber y del poder que operan en ella. ¿Qué quedaría después de eso? No lo sé, pero lo importante es empezar a deshacer esas relaciones de poder. Y ese cambio empieza con cosas pequeñas. A veces, basta con fomentar dinámicas más horizontales dentro de un equipo de trabajo. La psiquiatría, por su propia naturaleza, está construida sobre estructuras jerárquicas muy rígidas. Por eso, la sociedad debe interpelar constantemente a las instituciones y empujarlas a transformarse. Nuestra responsabilidad, como parte de ellas, es romper esas lógicas de poder y violencia que las sostienen.

—Esta pregunta tiene que ver con el concepto de acompañamiento, que se usa mucho en salud mental. Pensamos que definirlo es, en gran medida, una tarea colectiva. Sin embargo, ¿crees que el acompañamiento debería implicar ciertos conocimientos técnicos? Y, en ese caso, ¿sería posible sistematizarlos, es decir, en qué espacios podrían aprenderse? Además, queríamos añadir una reflexión. En una jornada sobre salud mental, Manuel Desviat comentó algo que nos llamó la atención: dijo que, para no atar a la gente, era necesaria una formación. Esto nos hizo pensar en si algunas prácticas no se limitan solo a desaprender, sino que requieren también un aprendizaje activo. Por ejemplo, esa «amabilidad» de la que hablabas antes, ¿puede ser algo que también se aprende, y no solo algo que surge al desaprender otras dinámicas?

Estoy totalmente de acuerdo. No se trata solo de desaprender lo aprendido, sino de sostener la contradicción de estar en un proceso continuo de



desaprendizaje. Es una actitud. Por eso, nunca definiría el acompañamiento como una técnica, sino como una práctica. No se puede aprender de forma mecanizada porque, hoy en día, en salud mental hay una tendencia a convertir el conocimiento en algo tangible y protocolizado, eliminando la subjetividad de las relaciones. Existe una obsesión por encontrar respuestas técnicas: «¿qué hago ante esto?», «¿qué hago ante lo otro?». Pero, en lugar de preguntarse por el antes, el después o el durante, muchos profesionales buscan soluciones rápidas sin cuestionarse nada más. Si el acompañamiento se convirtiera en una técnica, sería solo una teoría más. En cambio, para mí es una actitud profesional que tiene dos dimensiones: una clínica y otra política. Ambas son fundamentales en cualquier práctica psiquiátrica que aspire a ser transformadora.

Dentro de la dimensión clínica, podemos hablar de ciertos conocimientos técnicos necesarios. Al inicio de esta entrevista mencionamos herramientas esenciales como la psicopatología o la capacidad de formular preguntas que nos ayuden a sostener la subjetividad, las relaciones humanas y el malestar psíquico. Entender la historia y la estructura de la psiquiatría es clave para ser conscientes del enorme potencial de violencia que tiene nuestra disciplina. Y esto es fundamental, porque cuando un profesional no sabe qué hacer, casi siempre acaba actuando de manera violenta: se ata a una persona porque no se la entiende, porque no se sabe qué está pasando. Si te formulas preguntas y sientes curiosidad genuina por alguien, el respeto está implícito en ese proceso. Cuando realmente quieres conocer a una persona, atarla nunca es una opción. La ignorancia clínica es lo que genera más violencia: desde una contención mecánica hasta una medicación excesiva o la imposición de un diagnóstico. El diagnóstico, en lugar de abrir preguntas, muchas veces se usa para cerrarlas. *Se diagnostica cuando no se quiere conocer a alguien*, porque si lo conoces de verdad... el diagnóstico deja de ser suficiente.

A su vez, esta dimensión clínica tiene que ir acompañada de una actitud política. La psiquiatría no es solo una práctica técnica, sino una práctica social y política. Implica cuestionar continuamente en qué medida estamos limitando la libertad del otro y recordar que el principio fundamental es no causar más daño. Esto es inseparable de la clínica. El acompañamiento, entonces, no es simplemente «estar al lado» de alguien, ni algo menor dentro de la salud mental. De hecho, es lo más difícil de hacer, y por eso se ridiculiza tanto. Se dice: «Ah, ¿tú solo acompañas?», como si lo realmente técnico y prestigioso fuera diagnosticar y medicar. Pero eso es lo fácil. Aprender a poner diagnósticos y tratamientos lleva apenas unos meses. En cambio, sostener la incertidumbre, respetar los tiempos de la otra persona y no imponer respuestas rápidas es algo profundamente complejo. Por eso, la psiquiatría



nunca debería consistir en decir: «Sé lo que le pasa a esta persona». La belleza de esta práctica está precisamente en aceptar que nunca podemos saberlo del todo. Y sostener esta incertidumbre es, en sí mismo, un acto político. Mantener la disciplina orientada hacia la libertad es una posición política. En este sentido, si logramos introducir esta lógica dentro de las instituciones, estas ya no serán lo que conocemos hoy como instituciones psiquiátricas. No seguirán funcionando como ese «manicomio simbólico» en el que se han convertido los manicomios arquitectónicos. En otras palabras, si realmente apostamos por el acompañamiento como práctica central, la institución dejaría de ser lo que es y se transformaría en otra cosa.

—*Para cerrar, el libro gira en torno a una cuestión más filosófica: si la salud es un hecho o un valor. Por ello, aunque se puede extraer de tus anteriores respuestas, nos gustaría saber qué significa para ti la noción de salud mental. Y, por otro lado, ¿crees que es posible definir una noción de salud o salud mental que ampare en vez de excluir? Es decir, que en lugar de generar estigma, patologización y descontextualización, pueda aportar algo positivo.*

Para ser coherente, creo que la única forma en que la salud mental podría definirse sin conllevar elementos de exclusión ni añadir más violencia es que sea definida por las propias personas que atraviesan el sufrimiento psíquico, nunca por los profesionales. Son ellas quienes deberían establecer los términos, porque son quienes viven esas experiencias. Los profesionales no deberíamos adjudicarnos la tarea de definir ese concepto.

—*No se me ocurre una mejor forma de cerrar la entrevista. Ha habido respuestas muy diversas en otras ocasiones. Fernando Balius, por ejemplo, nos dijo directamente: «Yo no puedo responder a esto».*

Bueno, pues entonces se mantiene la definición abierta. Probablemente, ese sea el verdadero camino hacia la no exclusión: no cerrar la definición, permitir que permanezca abierta. Pero lo importante es que, en cualquier caso, los profesionales no deberíamos asumir el protagonismo a la hora de responder esta pregunta. Porque si vengo yo a dar otra definición de salud mental, lo único que haríamos sería desplazar el problema a otro sitio, pero con las mismas consecuencias.







