

Enfermedad y persona encarnada Reflexión sobre el sujeto de la enfermedad en el contexto de la pandemia COVID-19

Disease and embodied person Reflection on the subject of disease in the context of the pandemic COVID-19

Martín Mercado-Vásquez¹
martin.mercado.v@gmail.com
Universidad Mayor de San Andrés
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6889-195X>

Resumen

La pandemia de la COVID-19 ha motivado interesantes reflexiones filosóficas sobre las causas y consecuencias de esta crisis global, centrándose ellas, por ejemplo, en la posibilidad del fin del capitalismo, en los límites del uso del poder político de los gobiernos nacionales y la creación de instituciones globales de control sanitario. Sin negar la importancia de estos tópicos, y dado que la crisis actual pone en cuestión nuestras ideas sobre la relación entre naturaleza y cultura, individuo y sociedad, salud y enfermedad, el presente artículo pretende abordar la dimensión antropológica de la pandemia, enfocándose en la pregunta por el sujeto de la enfermedad desde una perspectiva fenomenológica. Las posturas dominantes (2), tanto biomédica (naturalismo) (2.1), como constructivista (relativista) (2.2) sobre la enfermedad reducen el sujeto de la enfermedad, bien al organismo, o a la construcción discursiva

1 Martín Mercado estudió Filosofía y Literatura en la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). Ganó el premio nacional de investigación de tesis de maestría CIS:16 en Bolivia. Fue becario de investigación (DAAD) sobre la fenomenología del cuerpo y la persona en la Universidad de Rostock, Alemania. Dirige el grupo Fenomenología en Bolivia. Es miembro colaborador del Círculo Latinoamericano de Fenomenología (CLAFEN) y de la Sociedad para la Nueva Fenomenología (GNP). Ha trabajado como docente e investigador en las Universidades Mayor de San Andrés, Católica Boliviana “San Pablo” y Gabriel René Moreno. Actualmente es docente invitado de la Carrera de Literatura (UMSA).

que las instituciones médicas tienen del enfermo. Frente a estas dos posturas, se afirma, desde una fenomenología de la enfermedad (3), que el sujeto de esta vivencia es la persona encarnada (3.1), cuya situación existencial se torna anómala, tanto en el nivel del sí mismo encarnado (3.2), como en el del yo personal reflexivo, intersubjetivo y narrativo (3.3).

Palabras clave: Naturalismo, constructivismo, fenomenología de la enfermedad, persona encarnada, enfermedad como situación.

Abstract

The COVID-19 pandemic has prompted interesting philosophical reflections on the causes and consequences of this global crisis, focusing, for example, on the possibility of the end of capitalism, on the limits of the use of political power by national governments and the creation of global health control institutions. Without denying the importance of these topics, and given that the current crisis calls into question our ideas about the relationship between nature and culture, individual and society, health and disease, this article aims to address the anthropological dimension of the pandemic, focusing on the it asks about the subject of the disease from a phenomenological perspective. The dominant positions (2), both biomedical (naturalism) (2.1), and constructivist (relativist) (2.2) on the disease reduce the subject of the disease, either to the organism, or to the discursive construction that medical institutions have of the patient. Faced with these two positions, it is affirmed from a phenomenology of the disease (3), that the subject of this experience is the embodied person (3.1), whose existential situation becomes anomalous, both at the level of the embodied self (3.2), as in that of the reflective, intersubjective and narrative personal self (3.3).

Keywords: Naturalism, constructivism, phenomenology of disease, the embodied person, disease as a situation.

Fecha de recepción: 25 de febrero 2020

Fecha de aceptación: 28 de abril 2020

1. Introducción: el sujeto de la enfermedad en el contexto de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 ha motivado interesantes reflexiones filosóficas sobre las causas y consecuencias de esta crisis global, centrándose ellas, por ejemplo, en la posibilidad del fin del capitalismo, en los límites del uso del poder político de los gobiernos nacionales y la creación de instituciones

globales de control sanitario. Sin negar la importancia de estos tópicos, es importante señalar que la crisis actual es de tal magnitud que nos ha permitido experimentar socialmente diversos niveles de escepticismo sobre la ciencia, las decisiones políticas, las creencias religiosas y las tradiciones locales. La incertidumbre que se genera a partir de la experiencia de la epidemia, como acertadamente señala Badiou, radica en articular “determinaciones naturales y determinaciones sociales”; por ello, su tratamiento exige un análisis transversal, “debemos captar los puntos donde las dos determinaciones se cruzan para obtener las consecuencias” (Badiou, 2020: 71). Esta nueva ola de escepticismo permite poner nuevamente en discusión nuestras ideas sobre la relación entre naturaleza y cultura, individuo y sociedad, salud y enfermedad. En una sola frase, esta crisis permite justificar nuevamente la importancia de la pregunta por el sentido de la experiencia, la existencia y la convivencia humanas.

Probablemente por la celeridad con que varios de los filósofos mencionados han tratado de tomar la palabra sobre la actual epidemia, han dejado de lado uno de los temas centrales de esta experiencia globalizada, la experiencia de la enfermedad. En torno a ella gira toda verdadera emergencia y urgencia de esta pandemia. En ella se puede encontrar uno de los puntos de tensión entre las interpretaciones sobre el ser humano que abogan por el determinismo natural o social. En gran medida, la comprensión occidental de la enfermedad difundida en los siglos XIX y XX nos ha colocado en la disyuntiva sobre si el sujeto de la enfermedad es el organismo, del que bien habla la ciencia, o las personas, como sujetos producidos por determinaciones discursivo-institucionales. En estas maneras de extremas de comprender la enfermedad se puede reconocer la discusión entre naturalistas y constructivistas. El presente artículo busca un abordaje diferente a estos dos extremos de importantes implicaciones ontológicas y epistemológicas, para centrarse en esfuerzo de la descripción de la experiencia de la enfermedad.

El estudio de la vivencia de la enfermedad no es un tema nuevo para la filosofía fenomenológica, aunque en las últimas décadas puede verificarse un tratamiento más sistemático del tema. Según nuestra opinión, buena parte de los fundamentos de una fenomenología de la enfermedad puede encontrarse en interesantes descripciones realizadas por Husserl en sus manuscritos, ciertamente desconocidos hasta la reciente publicación de su obra póstuma. Le siguen los invaluable aportes de Mauricio Merleau-Ponty, en especial en *Fenomenología de la percepción* (1994), y los *Seminarios de Zollikon* de Martin Heidegger, en los que la fenomenología dialoga con especialistas de las diferentes áreas de la salud sobre temas patológicos, cuestionando los fundamentos de estas ciencias. Más recientemente están los aportes de la fenomenología de la conciencia encarnada (*embodiment*), con los aportes de

Varela et. al. (2001), con la propuesta de enseñar el método fenomenológico a los pacientes, para que la investigación neurológica (en tercera persona) pueda completarse con la perspectiva de la primera persona, gracias a una introspección informada. Por su parte, los aportes descriptivos de la dinámica carnal en la fenomenología de Hermann Schmitz ofrecen una invaluable comprensión de la particularidad cenestésica del fenómeno álgido (2016), así como el estudio de la enfermedad como pasión afectiva de Pedro Laín Entralgo (1966). Entre los aportes más recientes, se encuentra el proyecto de naturalización de la fenomenología por parte de los profesores Dan Zahavi y Shaun Gallagher (2012), en la que debería desarrollarse una iluminación recíproca, entre ciencias empíricas y las investigaciones fenomenológicas. De manera todavía más específica sobre nuestro tema son imprescindibles los aportes de la filósofa Carel Havi (2016) y del filósofo y psiquiatra Thomas Fuchs (2000; 2017; 2019; 2020), quienes comprenden la vivencia morbosa como una alteración del ser en el mundo y como una situación en la que se encuentra la persona, correspondientemente.

Si bien las siguientes reflexiones se nutren de esta valiosa tradición, nos distanciaremos en mayor o menor medida de nuestros predecesores, en la medida en que buscamos comprender a la persona encarnada como sujeto de la enfermedad. La exposición se organiza en dos grandes partes. La primera tiene una función crítica (2), en la medida en que expone las posturas reduccionistas del naturalismo (2.1.) y constructivismo (2.2.), para ponerlas en epojé fenomenológica, y así, evitar recaer en ellas en el curso de nuestras descripciones. La segunda parte (3) tiene un fin propositivo, en ella afirmaremos que el sujeto de la enfermedad es la persona encarnada. Toda enfermedad inicia como malestar “corporal”, por ello, nuestra primera descripción de la enfermedad se centrará en la alteración duradera del estilo habitual de la percepción carnal del mundo, en su carácter afectivo (3.1), atmosférico (3.2) y resonante (3.3). La segunda descripción de la enfermedad se enfocará en la situación personal, atendiendo al modo en que la alteración carnal afecta la dimensión reflexiva, intersubjetiva y narrativa de la persona. Esperamos que las siguientes líneas puedan aportar, sino iniciar el diálogo entre filosofía y ciencias médicas en torno a la vivencia de la enfermedad.

2. Dos concepciones reduccionistas del sujeto de la enfermedad

En nuestra indagación sobre el sujeto de la enfermedad es necesario revisar los discursos dominantes, aunque sea con la mayor brevedad posible. Así que a continuación nos interesa presentar algunas ideas representativas de dos tendencias dominantes en la comprensión actual de la vivencia de la enfermedad, que tienden a reducir el sujeto de la enfermedad. Por una parte, revi-

saremos la concepción naturalista de la enfermedad, también conocida como postura bio-médica; según la cual, la enfermedad es una disfuncionalidad de una parte del organismo o una deficiencia de adaptación del organismo a su entorno. Por otra, revisaremos algunas de las tesis centrales de la postura constructivista, de fuerte corte relativista, según la cual, la enfermedad no es una propiedad del individuo, sino el resultado de una construcción discursiva que cuenta con apoyo institucional, relativa al contexto social, cultural e histórico. Las dos posturas extremas reducen al sujeto de la enfermedad, bien a determinaciones biológicas o culturales. Ya que ninguna de estas dos posturas sobre la enfermedad toma en cuenta seriamente la perspectiva en primera persona, o la vivencia subjetiva, del enfermo, nos parecen insuficientes.

2.1. Reduccionismo naturalista del sujeto de la enfermedad

La concepción naturalista o biomédica aparece en primer lugar cuando se indaga sobre el concepto de enfermedad. Así, siguiendo la literatura sobre el tema (Canguilhem, 2004: 33-47; Gribbin, 2002: 30-42, 435-436; Estrada, 2012: 278-283; Porter y Vigarello, 2005: 323-357; Faure, 2005: 23-56; Peña y Paco, 2002: 223-232; León, 2008: 243-270, Lugo, 1991: 133-142), se puede afirmar que esta postura reconoce al organismo como sujeto de la enfermedad. El organismo como sujeto de la enfermedad implica que ella se concibe como la manifestación de un desequilibrio, mal funcionamiento, o dificultad en su respuesta de adaptación al medio. De esta manera, la enfermedad aparece como una respuesta del organismo a condiciones anormales, bien del entorno, bien del funcionamiento interno de los órganos. La concepción biomédica enfatiza las determinaciones naturales o relaciones causales de diferentes alteraciones en nuestro organismo. El interés por las condiciones naturales de la enfermedad ha conducido a algunos autores a afirmar que la dimensión subjetiva no juega un rol importante en el estudio de la clasificación de las enfermedades, o, que no tiene sentido preguntar por la enfermedad en general, ya que ella se da solo como el caso de un organismo individual. Ante la variedad de síntomas de la COVID-19, esta postura parecería ser ciertamente aceptable.

Gran parte de la literatura consultada parece coincidir en que la consolidación de la concepción naturalista o biomédica se consolida entre los siglos XIX y XX, si bien, sus raíces se hunden de manera especial en la experiencia de la medicina clínica en el siglo XVIII, en la que el médico Thomas Sydenham aparece como uno de sus principales representantes, al haber reuniendo a los enfermos en un recinto, lo que hizo posible “el estudio descriptivo y sistemático de la enfermedad a partir de las nociones de observación, síntomas y signos” (Faure, 2005: 27; Gómez-Árias, 2018: 76).

Además, gran parte de la literatura considera que una de las definiciones fundamentales en esta concepción fue propuesta por el médico francés Claude Bernard, considerado como uno de los principales responsables del “viraje científico en la medicina” (Peña y Paco: 226; Gomez-Árias, 2018: 78). Según Bernard, la enfermedad no es más que un estado fisiológico alterado, es decir, una alteración del orden natural. La concepción de enfermedad de Bernard se apoya en el estudio del cuerpo humano como una máquina que debe cumplir funciones normales, además de la noción de normalidad que es provista por el conocimiento estadístico de las sociedades, que se popularizó en el siglo XIX.

Otro impulso importante provino de la investigación en patología celular del alemán Rudolf Virchow, quien afirmó que “la enfermedad no es más que la respuesta de una célula (o células) ante condiciones anormales” (Gribbin, 2002: 436). A finales del siglo XIX, Robert Koch descubre el bacilo causante de la tuberculosis, apoyando la concepción de la enfermedad como una alteración del organismo a causa de un agente externo. De esta manera, en gran medida, la concepción de enfermedad en el siglo XIX se caracterizará como el proceso por el que un órgano, o parte de él, deja de funcionar normalmente. La normalidad implica la concepción de leyes causales de la naturaleza que el cuerpo humano debe cumplir; cuando esta normalidad natural se rompe, la enfermedad aparece. Las causas de la enfermedad podían ser externas, como en el caso de un patógeno, o internas, como los casos infecciosos. Aislar al cuerpo de la causa era uno de los caminos para recuperar el normal funcionamiento de la máquina corporal. El sujeto de la enfermedad deja de ser solo una lesión en un órgano determinado, como en la concepción anatómica del siglo XVII, y se convierte en el organismo atacado en alguno de sus tejidos.

A inicios del siglo XX, el médico francés René Leriche concibe la enfermedad como una “novedad fisiológica”, esto significa que el estado de enfermedad no es únicamente un desorden o una anomalía, sino un proceso con orden propio, en gran medida como un desajuste de adaptación que debe estudiado cualitativamente. Bajo esta concepción, la existencia humana sería una sucesión de estado patológicos en potencia que lucharían contra el ordenamiento normal, manifiesto en el “silencio fisiológico” de los órganos que refleja el funcionamiento multiforme de la vida (Gomez-Árias, 2018: 85). En otras palabras, la enfermedad para Leriche sería “un orden fisiológico nuevo y la terapéutica tiene que plantear como objetivo la tarea de adaptar al hombre enfermo a ese orden” (citado por Peña y Paco, 2002: 227), pues ella no sería otra cosa que la suma total de reacciones del organismo o partes de él a estímulos anormales o excesivos; por lo que el sujeto de la enfermedad es nuevamente el organismo y no la persona en su totalidad. Ya que para Leri-

che, las enfermedades tendrían una existencia propia y son realidades independientes, su postura ha sido denominada ontológica, e impulsó el estudio autónomo de las entidades nosológicas (enfermedades).

La concepción naturalista de la enfermedad en el siglo XX cuenta a Henry Sigerist, impulsor de la medicina social, como un representante importante. Según Peña y Paco, Sigerist comprende la enfermedad como la “suma total de reacciones del organismo o de partes de él a estímulos anormales excesivos” (2002: 227). Esta concepción de la interacción entre el organismo y el medio tuvo una ampliación significativa con la teoría de la tríada ecológica de Thomas Cockburn. La tríada ecológica concibe la enfermedad como “alteraciones orgánicas desarrolladas en el individuo (hospedero) como resultado de un agente causal externo identificable que ingresa al cuerpo en ciertas condiciones ambientales” (Gómez-Árias, 2018: 80). Esta concepción, si bien más compleja que la de Sigerist, mantiene la idea de unidireccionalidad del agente patógeno. Es así que frente a estas concepciones más o menos estáticas, la teoría de la historia natural de la enfermedad, propuesta por los epidemiólogos Hugo Rodman y Gurney Clarck, caracteriza la enfermedad como “un proceso secuencial que [sigue] cierto curso definido y regido por leyes naturales” (Gómez-Árias, 2018: 80). Los aportes que se acaban de mencionar ofrecen una concepción del sujeto de la enfermedad, centrada en la dinámica que el organismo y el medio experimentan.

Más recientemente, Christian Boorse ha defendido la teoría bioestadística de la enfermedad. Según ella, la enfermedad podría ser descrita a partir de hechos biológicos propios de la naturaleza y sin la necesidad de juicios de valor (Peña y Paco, 2002: 229). Cuando el funcionamiento de un organismo no contribuye de manera equivalente a los objetivos fisiológicos correspondientes a los estados sanos de organismos de la misma especie, sexo y edad, entonces aparece el estado de enfermo (Torres, 2014: 17; Peña y Paco, 2002: 228-229). No obstante, debería comprenderse que una enfermedad (*illness*) relativamente grave se caracteriza por ser una afección (*disease*) con efectos incapacitantes que la hacen indeseable, lo que supone la inherencia de atributos negativos; que son la razón de la consulta médica. De todas formas, Boorse incluye en su concepción de enfermedad la dimensión social, en la medida en que algunas enfermedades se comprenden como una “excusa razonable para un comportamiento normalmente criticable” (desde defecar en público hasta un comportamiento agresivo) (Amzat y Razum, 2014: 28-30). Aunque Boorse reconoce los efectos sociales de la enfermedad, enfatiza que ella debe ser comprendida como un estado natural de desajuste del organismo en cuyo estudio no deben intervenir juicios de valor o concepciones normativas.

En la actualidad se ha popularizado, en la vertiente de la concepción naturalista de la enfermedad, una articulación de la teoría general de sistemas y

el emergentismo. En esta propuesta, el referente de la enfermedad es “el organismo humano susceptible de enfermar” (Peña y Paco, 2003: 55). Bajo esta perspectiva, el ser humano es considerado como un biosistema abierto de muchos niveles, por ejemplo, dentro del biológico están los niveles de las células, los órganos y los sistemas orgánicos. La mente, con sus contenidos mentales, serían un producto emergente de los sistemas precedentes. Según esta teoría, la enfermedad emerge como resultado de un desequilibrio del sistema, presentando así valores anormales de las funciones de estado (cuantitativos y cualitativos), que afectan a la totalidad del sistema (Peña y Paco, 2003: 61).

Es interesante señalar que, aunque el modelo propuesto por estos autores parte del organismo como referente de la enfermedad, señalan que solo el humano es el sujeto de la vivencia de la enfermedad. El ejemplo, para diferenciar el nivel de afectación del organismo, sin que de este biosistema haya emergido una enfermedad, es el cáncer de próstata. “Si el 67% de individuos pueden vivir hasta los 89 años de edad con células cancerígenas en sus tejidos prostáticos, sin siquiera darse cuenta (...) ¿Podemos decir, entonces, que estos sujetos “enfermaron” de cáncer de próstata?” (Peña y Paco, 2003: 60-61). La respuesta de los autores es negativa, pues “el sistema no sufrió un desequilibrio importante, la alteración no se manifestó de forma emergente” (Peña y Paco, 2003: 61). Por lo anterior, aunque la enfermedad emerge de los diferentes sub-niveles ontológicos del sistema, solo pertenece como al sistema ser humano y no “se encuentra ni pertenece a ninguno” de los sub-sistemas. No enferma el corazón o el hígado, sino el paciente.

Aunque esta última postura parece realmente una apertura de las limitaciones de la concepción naturalista de la enfermedad que tienden a reducir o eliminar la experiencia subjetiva del sujeto enfermo a las causas naturales de su organismo, debe señalarse que no hay ningún interés específico por investigar el sentido intencional de la vivencia morbosa. En esta postura nos parece encontrar nuevamente la limitación que sus teorías de base cometen, limitarse a constatar que hay enfermedad, así como hay mente o conciencia, que ella emerge de un sistema orgánico, pasando a dejar en total oscuridad cuál es el nivel de validez y sentido de esas vivencias que han emergido. En una frase, esta postura se concentra en la causa de la emergencia y dejan de lado el reino de sentido de lo que ha emergido. En el emergentismo se mantiene el interés por la causa de la vivencia, dejando de lado el modo de la vivencia.

Finalmente, el planteamiento naturalista, la reducción del sujeto de la enfermedad llega al extremo cuando se afirma que todo conocimiento válido solo puede provenir de la investigación empírica no subjetiva. Este es el caso de la versión positivista de la corriente naturalista-reduccionista. El médico e investigador Germund Hesslow considera que todo el conocimiento válido solo puede ser producido por la investigación empírica, lo que significa un

énfasis en los casos particulares y sus regularidades en el tiempo; por ello, rechaza la posibilidad de elaboración o uso de una teoría médica reflexiva o especulativa. Esto significa que todo intento por definir o caracterizar de modo general la enfermedad sería un despropósito científico. Según Hesslow, “(...) no existe una teoría biomédica en la cual la enfermedad aparezca como una entidad teórica y no existen leyes o generalizaciones que relacionen la enfermedad a otras variables importantes (...)” (Hesslow citado por Peña y Paco, 2002: 228). De ahí se deduce que el sujeto de la enfermedad es la parte afectada del organismo individual y que todo intento de generalización o inducción para comprender el sentido de la enfermedad no tiene validez ni valor, ni interés en la práctica clínica. Esta postura parece predominar en países en los que la concepción de enfermedad ni siquiera es puesta en discusión, así como en aquellos que se manifiestan conscientemente como partidarios de esta postura.

Este tipo de concepción naturalista-reduccionista de la enfermedad forma parte de los presupuestos, a partir de los cuales se ha tratado el desarrollo de la pandemia de la COVID-19. De hecho, aunque la Organización Mundial de la Salud procura mantener una concepción holista de la enfermedad, comprendiéndola como alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas generalmente conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, cuya evolución puede ser predecible en mayor o menor medida (Herrero, 2016: 6).

La concepción naturalista-reduccionista tiene plena vigencia y ha servido como contexto de comprensión de la pandemia del SARS-CoV-2². Gra-

2 El denominado coronavirus es un brote de la familia de coronavirus y cuyo nombre específico es SARS-CoV2. La familia de coronavirus se puede encontrar en diferentes aves y murciélagos. Esta familia de coronavirus fue descubierta en aves de corral en la década de 1930. Los coronavirus suelen producir en animales enfermedades respiratorias, gastrointestinales, hepáticas y neurológicas. Afortunadamente, solo siete brotes de coronavirus afectan a los humanos. Estos últimos son los denominados coronavirus humanos (Human coronavirus, HCovs). Cuatro de ellos suelen provocar resfríos y los tres restantes (el SARS-CoV-1, el MERS y el SARS-CoV-2) han generado enfermedades graves. Muchas voces afirman que la propagación del coronavirus animal al humano se debe a la ingesta de fauna exótica, ya que la aparición de los brotes se circunscribe a los mercados de animales vivos en Asia, según informa Brenda L. Tesini (2020) en su artículo “Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS, SARS)”. En 2002 se detectó el coronavirus SARS-CoV-1 en China, cuya enfermedad desatada es el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), provocando insuficiencia respiratoria progresiva grave y mortal en una tasa del 10 %. Este brote de coronavirus afectó alrededor de 30 países, con 8.098 infectados, 774 fallecidos, aproximadamente entre 2002 y 2004. En 2019 se detectó el brote de SARS-CoV-2, cuya enfermedad infecciosa se ha llamado COVID-19, según Ena y Wenzel en su artículo “Un nuevo coronavirus emerge” (2020). Los primeros casos de COVID-19 se relacionaron con el mercado de Wuhan en China, lo que sugiere que el virus se propagó de animales a humanos. Los síntomas

cias a este tipo de comprensión de la enfermedad, sabemos que el contagio se produce de determinadas maneras, e inicia con el acoplamiento de las proteínas con forma de corona del SARS-CoV-2 con las células epiteliales que están presentes, por ejemplo, en el pulmón o intestino. El acoplamiento celular permite que el ARN del virus entre en las células del receptor, logrando que el organismo del huésped se convierta en el productor de nuevas réplicas del virus. No obstante, aunque el contagio se haya producido, el receptor puede ser asintomático, lo que significa que no desarrolla la enfermedad COVID-19. En este nivel de la descripción nos hallamos en una dimensión al parecer meramente orgánica, casi sin intervención de la voluntad o del yo.

Se sabe que cuando el organismo reconoce el virus como patógeno, inicia la respuesta innata inespecífica, que es un intento de inhibir la infección y reduplicación del virus, por ejemplo, mediante producción de interferón (Montanuy, Alejo *et. al.*, 2011), linfocitos que eliminan las células infectadas y una “tormenta de citoquinas” (de Francisco y Pérez Canga, 2020). Toda esta reacción orgánica se desarrolla sin que la conciencia perceptiva reconozca el proceso. Después de 4 días o dos semanas recién el proceso orgánico se manifiesta en la dimensión propio-ceptiva y perceptiva. Este proceso orgánico subyace a la dimensión propio-ceptiva consciente. Su efecto sensible es posterior, y, se manifiesta como tos, estornudos y, no necesariamente, fiebre. Cuando esa respuesta no ha sido suficiente, se activa la respuesta adaptativa específica al agente externo, que se desarrolla a lo largo de la vida de nuestro organismo, mejora con las exposiciones a diferentes patógenos y produce una memoria adaptativa. La inmunidad específica adaptativa produce anticuerpos que bloquean la unión y entrada del virus en las células del nuestro organismo. Este es el inicio de lo que en escala social se espera del organismo: la inmunidad de grupo, también conocida como inmunidad colectiva o „de rebaño“, y que requiere que el 60% o 70% se haya infectado y recuperado, lo que implica una cifra alta de fallecidos³.

del COVID-19, producidos por el SARS-CoV-2, son fiebre y fatiga, tos, falta de aliento, dificultad al respirar, dolores musculares.

- 3 Aunque al inicio de la pandemia se tenían algunos síntomas por característicos de la COVID-19, se evidenció prontamente que había un porcentaje relevante de pacientes asintomáticos. En el desarrollo de los últimos meses se ha evidenciado que las certezas son todavía menores, pues los síntomas varían de manera significativa entre un organismo y otro. La escala de mortalidad varía, al parecer, según edad (enfermarían más adultos y ancianos que niños), sexo (se reportan más varones que mujeres, 2,8% frente a 1,7%), afecciones médicas preexistentes (pacientes inmunodeprimidos, con diabetes, asma, obesidad, patología cardio- o cerebrovascular) y, probablemente, la zona geográfica, por los niveles de oxígeno en el aire. A estos factores médicos, se suman, naturalmente factores sociales. De esta manera, el porcentaje de mortalidad aumenta cuando se estudia el impacto del nuevo coronavirus en países en desarrollo, según se puede apreciar en los datos del Centro de Recursos del Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins. Todas estas

Si bien todo este conocimiento en tercera persona es indispensable en el mundo actual⁴, la vivencia de la enfermedad queda velada o simplemente omitida. Comprender la enfermedad solo en términos de organismo, a partir de “procesos orgánicos”, “respuesta adaptativa”, “agente externo”, “inmunidad”, obligan a elaborar otro tipo de explicación científica para la dimensión no orgánica. Esto conduce a una división en la comprensión del fenómeno de la enfermedad; pues aparecen por una parte los procesos orgánicos y, por otro, las vivencias subjetivas como hechos psicológicos. ¿No es acaso esta división una de las grandes dificultades en nuestro trato con la pandemia, atender solo al cuerpo como organismo, dejando de lado las repercusiones subjetivas y sociales de este fenómeno?

Por lo tanto, reducir la comprensión de la enfermedad a las causas naturales que afectan al organismo en su funcionamiento dejan de lado algo que, incluso lo emergentistas tienden a reconocer, aunque sea marginalmente. Esto es, que en sentido estricto, el funcionamiento de un órgano puede presentar, en términos estadísticos, una anormalidad, y no por ello, una enfermedad. De lo que se sigue que la enfermedad es algo que corresponde solo al cuerpo como unidad anímica, es decir, a la persona. La enfermedad solo es comprensible, en sentido estricto, en la dimensión personal. Hay que tomar distancia de la concepción biomédica-naturalista, pues ella implica una reducción del sujeto de la enfermedad. En la concepción biomédica, naturalista, encontramos una reducción del sujeto, en el sentido en que solo nos

dificultades podrían bien conducirnos a pensar que la mejor opción es no preguntar por la enfermedad como entidad nosológica autónoma, sino más bien aceptar que la enfermedad es la expresión somática medible de un tipo de dificultad de adaptación del organismo a agentes externo o internos, que repercute en un funcionamiento que impide el desarrollo de actividades, fisiológicas o sociales, que se consideran normales dentro de su grupo endémico (por ejemplo entre varones o mujeres, gestantes o no, diabéticos, etc.).

- 4 En los estudios sobre la diferencia entre este nuevo tipo de coronavirus y la enfermedad COVID-19 se puede apreciar cómo los textos retoman términos de una u otra vertiente; compilando información de experiencia clínica a partir de los síntomas, las valoraciones por laboratorio, tomando medidas de bioseguridad ya conocidas, tratando de formar una historia natural de la infección que sea claro y de uso práctico en diferentes contextos, se trata de analizar la velocidad de contagio, la interacción del medio y el huésped, qué niveles de sistemas o niveles orgánicos se centran comprometidos, si solo el sistema respiratorio o si se presentan afecciones multi-orgánicas, etc. Este abordaje tiene las evidentes ventajas de proceder por métodos de ensayo y error, que están orientados por experiencias de las precedentes enfermedades emergentes, como como la infección por VIH/SIDA, fiebre hemorrágica de ébola, diferentes tipos de Hepatitis, influenza A, entre otras (Suárez y Berdasquera, 2000; Zamora, 2010; Cabezas, 2015). No obstante, aunque el SARS-CoV-2, tiene precedentes en las epidemias de otros miembros de la familia de coronavirus, por ejemplo el MERS y SARS de 2002 y 2003, los investigadores concuerdan en que “no existe comparación entre las manifestaciones de ninguno de estos coronavirus” (Gulati, Pomeranz y otros, 2020: 5). Esto no solamente deja con grandes incertidumbres a los investigadores médicos, sino también a los pacientes o posibles pacientes.

topamos frente a descripciones en tercera persona, *partes extra partes*, en la que no se puede “comprender la función del cuerpo viviente más que llevándola yo mismo a cabo y en la medida en que yo sea un cuerpo se eleva hacia el mundo” (Merleau-Ponty, 1994: 94). Como afirma Husserl en el § 2 de *Crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental* (2008), “[m]eras ciencias de hechos hacen meros seres humanos de hechos” (2008: 50).

En este punto la pregunta de Heidegger por la ciencia cobra relevancia en el tema que nos ocupa, pues como él pregunta, “¿podemos tomar sin más ni más este tipo de representar científico-natural que fue proyectado sin considerar al ser humano específico?” (Heidegger, 2003: 58). ¿Qué significa que la enfermedad se presente en la unidad del ser humano? ¿Acaso la enfermedad no implica precisamente la “sensación de sentirse enfermo” y una diversidad cromática de estados afectivos en el paciente? Aunque es verdad que los síntomas ligados al COVID-19 son muy diferentes de un organismo a otro, ¿podría acaso la práctica clínica prescindir de la narración de síntomas del paciente, es decir, de la dimensión subjetiva y autobiográfica del reconocido como enfermo? ¿Acaso en estos casos en que el virus ha elevado su velocidad de contagio comunitario en varios países, no se convierte la enfermedad en una vivencia difundida a causa de la afectación emocional, por una parte, y, por otra, la simultaneidad de enfermedades endémicas y la COVID-19? En el contexto de la actual pandemia de la COVID-19 parece que no podemos restringir nuestra comprensión de la enfermedad a los hechos naturales-orgánicos.

Si queremos comprender qué o quién es el sujeto de la enfermedad, no podemos quedarnos con una postura que reduzca el fenómeno, la vivencia de la enfermedad, a la mera cuantificación de hechos naturales de nuestro organismo. Este breve recorrido de la concepción naturalista-reduccionista de enfermedad, que concibe el organismo como sujeto de la enfermedad, ha iniciado en el siglo XIX, momento en que la ciencia clínica moderna se consolida sentando las bases, aunque no todas, de gran parte de la concepción médica actual. En el siglo XIX, precisamente, Husserl reconoce un debilitamiento del pensar humano, pues este se deja pasivamente “determinar y cegar por las ciencias positivas y la por la prosperidad de que son deudores, [lo que] significó un alejamiento indiferente de las preguntas que son decisivas para una auténtica humanidad” (Hua § 2, 2008: 49). Es verdad que Husserl reflexiona en *Crisis* a partir de un contexto de pos-guerra, pero no es la guerra como acontecimiento bélico lo determinante, sino la precariedad del pensamiento, la falta de entendimiento humano y el poco interés para pensar en proyectos racionales de convivencia humana lo que lo lleva a cuestionar la reducción de la experiencia del mundo a la casualidad natural. En ese sentido, el filósofo moravo nos interpela con intempestiva actualidad:

El cambio de la valoración pública fue inevitable, en particular después de la guerra, y ella, tal como lo sabemos, en la generación joven se transformó en sentimiento hostil. Para nuestra indigencia vital –oímos decir– esta ciencia no tiene nada que decirnos. Justamente, ella excluye por principio las preguntas que, en nuestros desdichados tiempos son candentes para los seres humanos abandonados a perturbaciones fatales: las preguntas por el sentido o sinsentido de toda esta existencia humana, ¿no exigen en su generalidad y necesidad, de parte de todos los seres humanos también reflexiones generales y su respuesta a partir de intelecciones racionales? (...) La mera ciencia de los cuerpos no tiene, manifiestamente, nada que decir; ella se abstrae de todo lo subjetivo. (Hua § 2, 2008: 50)

La actual pandemia está resultando devastadora en diferentes dimensiones de la vida no solo orgánica, sino también personal y social. Las consecuencias serán también exigentes. Surgen y surgirán problemas que han de requerir un esfuerzo conjunto para pensar los nuevos parámetros de nuestra humanidad y convivencia, para cuyas respuestas, la postura naturalista no es suficiente. Frente a esta insuficiencia, la filosofía fenomenológica es capaz de responder al carácter vocativo de la enfermedad. En este sentido, parece que no es conveniente quedar acorralado en una concepción naturalista y reduccionista de la enfermedad, debemos preguntarnos por su dimensión subjetiva. Esta tarea no es nueva, sin embargo. De hecho, las ciencias ligadas a la psicología, la antropología empírica o cultural y la historia se han encargado de indagar la enfermedad como una construcción social. ¿Será este un camino aceptable, suficientemente complejo, para dar cuenta de la enfermedad y señalarlos quién es su sujeto? Veamos a continuación, brevemente, la concepción e enfermedad como construcción social, en la que, sin embargo, se vuelve a caer en el reduccionismo del sujeto.

2.2. La concepción constructivista-relativista del sujeto de la enfermedad

La concepción constructivista-relativista de la enfermedad y su sujeto fue una de las reacciones extremas a la concepción naturalista-reduccionista. En cierta medida, el constructivismo que ahora deseamos ahora caracterizar brevemente tiene sus impulsos en el historicismo, el psicologismo y el estructuralismo. A continuación, vamos a exponer, con la mayor brevedad posible, algunos principios básicos del constructivismo, para destacar su concepción de enfermedad y sus sujeto, tomando en cuenta su concepción de la validez de todas las concepciones sociales de enfermedad y su noción de sujeto de la enfermedad a partir de los roles sociales de normal y anormal.

Paul Boghossian (2009) identifica dos principios básicos del constructivismo. En primer lugar, está el principio de la “doctrina de la validez igual”, según la cual, “existen muchas formas radicalmente distintas, pero ‘igual-

mente válidas', de conocer el mundo, de las cuales, la ciencia es solo una" (2009: 17). A partir de este principio, el conocimiento médico sobre las enfermedades sería una expresión más de la experiencia humana de los males, tanto la medicina académica como la tradicional, por poner un ejemplo, serían igual de válidas. Como se puede comprender, este criterio implica un relativismo no solo histórico, sino cultural; pues a cada cultura le sería relativa una concepción de enfermedad que tendría validez como cualquier otra en otra cultura. El segundo principio expresa la tesis de la dependencia social del conocimiento, esto quiere decir que el conocimiento es una construcción contingente, que ha sido producida y aceptada durante algún tiempo, por determinadas condiciones de un entorno social y material (2009: 29). Esto significa que una específica concepción de enfermedad se ha producido en una sociedad, no tanto por algún descubrimiento objetivo, natural o real, sino por la producción de un discurso de normalidad ligado a intereses políticos del grupo que puede administrar las producciones de conocimiento en una sociedad. En este sentido, nosotros podemos comprender que el sujeto de la enfermedad, bajo la postura constructivista, es todo aquel individuo que pueda ser circunscrito al rol que los discursos dominantes hayan establecido como anormal, disfuncional o no armónico con los parámetros de salud, vitalidad, eficiencia social o cualquier otro valor imperante. En este sentido, la concepción constructivista de la enfermedad y su sujeto se organiza en términos de crítica y denuncia de las concepciones normativas de salud y su opuesto en una sociedad.

Gran parte de la literatura sobre nuestro tema señala como dos representantes importantes del constructivismo son Canguilhem y Foucault (Lajerraga, 2004: 271-276; Devillard, 1989: 79-89; Estrada, 2012: 278-283; Porter y Vigarello, 2005: 323-357; Faure, 2005: 23-56; Peña y Paco, 2002: 223-232; León, 2008: 243-270). Según nuestro entender, Canguilhem representaría un constructivismo moderado, en la medida en que considera que "es abusivo confundir la génesis social de las enfermedades con las enfermedades mismas" (2004: 42)⁵. En cambio, Foucault representa uno cabal,

5 "Para Canguilhem, la enfermedad, solo es un predicado dominado por su aspecto valorativo y convencional" (Peña y Paco, 2002: 228). Toda concepción de lo patológico estaría, por tanto, según este autor, ligada a una convención sobre la normalidad. Esto permite comprender que, bajo esta perspectiva, el sujeto de la enfermedad es todo aquel individuo que reconozca su situación de sufrimiento como parte de los parámetros de desvalorización que la sociedad impone. Esto quiere decir, que el sujeto de la enfermedad corresponde tanto a un individuo como a un grupo social. Es importante resaltar que, aunque Canguilhem considera que la concepción de enfermedad y su sujeto se transforman a lo largo de la historia, las clases sociales y las valoraciones e intereses políticos, no dejará de recordar que la enfermedad como experiencia no pierde su dimensión subjetiva. Según este historiador de la medicina, la vivencia de la enfermedad debe comprender

sino extremo. Como no nos interesa realizar un estudio específico de la obra de Foucault, sino comprender la postura constructivista de la enfermedad, nos centraremos en el libro *El nacimiento de la clínica*, porque en él aparece la noción de mirada médica, de enfermedad como entidad sin ser y del cuerpo del enfermo como construcción del saber médico.

Según Foucault, no se puede comprender la novedad de la mirada médica si solo se atiende al “círculo del saber” al que pertenece. El soporte de la mirada médica no es el enfermo, sino “una conciencia colectiva encabestrada con todas las informaciones que en ella se cruzan” (2001: 53). La mirada médica es “la que abre el secreto de la enfermedad, y es esta la que abre el secreto de la enfermedad penetrable por la percepción” (2001: 130). Desde el punto de vista constructivista, la pregunta por el sujeto de la enfermedad es menos importante que la pregunta por la condiciones que constituyen el sujeto, es decir, por aquel tipo de saber y prácticas que “sujetan al sujeto”; por ello, lo que respecta al sujeto es relativo a las condiciones de su constitución, lo que experimenta el sujeto no es importante, pues depende, o relativo, de su constitución externa.

La constitución de la mirada médica depende, según el autor francés, de “las estructuras profundas de la visibilidad” (2001: 131). Sus formas más importantes son “la estructura lingüística del signo, y la aleatoria del caso” (2001: 131). Esta mirada tiene uno de sus inicios en la relación entre síntomas, signos y enfermedad en el siglo XVIII. El síntoma es la forma bajo la que se presenta la enfermedad, es lo visible de ella y la primera transcripción de la naturaleza. “Los síntomas dejan *transparentar* la figura invariable, un poco en retirada, visible e invisible, de la enfermedad” (2001:131). En un bello estilo poco claro, Foucault propone que, cuando el síntoma “significa lo patológico” permite establecer la diferencia entre sano y enfermo. Al designar la diferencia entre sano y enfermo, el síntoma deja de ser solo manifestación de la naturaleza; por lo tanto, él se convierte en significante de la enfermedad, “es decir, de sí mismo tomado en su totalidad, ya que la enfermedad no es más que la colección de síntomas” (2001: 133-134). El autor afirma que la enfermedad mantendrá por mucho tiempo esta ambigüedad de ser significante y significado, pues el síntoma se presenta como significante, cuyo significado es la colección de

“el hecho de vivirla como una decadencia, como una desvalorización, y no solo como un sufrimiento o como limitación de la actividad” (2004: 43). De lo anterior se sigue que que “es abusivo confundir la génesis social de las enfermedades con las enfermedades mismas” (2004: 42), por lo que no tendría sentido sostener que “las enfermedades de la vista son hechos sociales” (2004: 43). Por esta razón, su postura puede considerarse como un constructivismo moderado, en el que, no obstante, la aclaración del sujeto de la enfermedad o la vivencia de la enfermedad no se alumbra más allá de la valoración negativa, sea social u orgánica, que en ella se experimenta.

síntomas. El síntoma se transforma en el elemento significante, que significa precisamente la enfermedad como verdad inmediata del síntoma (2001: 136). ¿Cómo se hace posible esta relación ambigua del síntoma y la enfermedad? La respuesta está nuevamente en la “mirada médica”.

La mirada médica ejerce su función de hacer visible la enfermedad a través del síntoma, mediante su sensibilidad a la diferencia, a la simultaneidad, o a la sucesión y a la frecuencia. Según el autor francés que ahora nos ocupa, la mirada médica se construye a partir de, por una parte, la ambigüedad de los síntomas, y la concepción de un lenguaje que sería isomorfo con lo que trata de describir y descubrir. Esta capacidad del lenguaje será el fundamento para la clasificación de las afecciones. Así, el lenguaje descriptivo de la medicina busca un “isomorfismo fundamental de la estructura de la enfermedad y de la forma verbal que la cerca” (2001: 138). Por ello, no puede haber enfermedad más que en lo visible y, por consiguiente, en lo enunciable, infiere el filósofo francés⁶.

La ambigüedad de la mirada clínica, que se desliza entre la patología de los fenómenos y la de los casos, se produce, precisamente por haberse constituido como el estudio de lo patológico a partir de “estructuras gramaticales y probabilitarias (sic)” (2001: 153). De esta constitución de la mirada clínica se deben resaltar dos ideas importantes. Por una parte, que el sujeto de la percepción, de la mirada clínica, no es un individuo, sino un observador normativo, que no es otro que “la totalidad de los observadores” (2001: 151); por lo que el autor rechaza la idea de un observador genial que descubra la especificidad de cada enfermedad en cada individuo. El sujeto de la experiencia médica es un sujeto colectivo (2001: 159), cuya metáfora propuesta por el autor es el de un ojo que escucha y habla, pues sería capaz de hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo (2001: 166). Por otra, que la mirada clínica se concentrará más y más en la autonomía de lo patológico, mientras la persona enferma se aleja del foco de atención, hasta casi perderse.

6 Según el autor estudiado, a finales del siglo XVIII, la mirada clínica se formará a partir de una armazón técnica que busca dar orden a la ambigüedad original de síntomas y enfermedad. El primer elemento de tal armazón es el principio de combinación, por lo que todo estudio de la enfermedad debe iniciar “en el pequeño número de elementos indefinidamente repetidos” (2001: 144). El segundo principio es la analogía; puesto que el estudio de una enfermedad permite “sacar a luz formas análoga de coexistencia o de sucesión que permitirá identificar síntomas y enfermedades” (2001: 145). El tercer principio es la percepción de las frecuencias, que corresponde con el grado de certeza que la mirada clínica obtiene no “de la individualidad completamente observada, sino de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales” (2001: 150). Así, el último principio de la armazón técnica de la mirada clínica es el cálculo de los grados de certeza, que, no obstante, se mueve en la ambigüedad entre el estudio de las repeticiones y el estudio del conjunto de signos, síntomas y de manifestaciones cuya coherencia debía buscarse en una estructura natural” (2001: 150).

Los efectos de la constitución de la mirada clínica son interesantes para comprender la postura constructivista y la reducción de la experiencia subjetiva que en ella anida. Uno de ellos, es que el síntoma, por ser el segmento observable más pequeño, la impresión singular en un enfermo, “no significa nada por sí mismo”, por lo que la enfermedad cobra una estructura alfabética (2001: 170). Otro de los efectos es la “reducción nominalista” del ser de la enfermedad. Esto significa que “las enfermedades no tienen otro ser que el orden de su composición”, las variedades mínimas de los signos y síntomas han sido reducidos a “casos individuales simples, y todo lo que pude construirse con ellos y por encima de ellos no es más que Nombre (sic)” (Foucault, 2001: 170). Como dice el autor francés: “La enfermedad, como la palabra, está privada de ser, pero como la palabra, está dotada de una configuración” (2001: 171).

Según Foucault, esta concepción de la enfermedad carente de ser se consolidará en el siglo XIX. Con ella se impone el modelo de la operación química, que consiste en aislar los elementos componentes, para definir la composición de la enfermedad, establecer sus puntos comunes, parecidos y diferencias. Esta organización discursiva de los síntomas en los que la enfermedad se reduce, se relaciona con los demás conjuntos, de saberes, obteniendo una clasificación que se funda en formas de relaciones y ya no en tipos específicos.

La formación de la enfermedad, y de su sujeto, según el filósofo francés, tendrán una nueva formación en el siglo XIX, gracias a la anatomía patológica impulsada por Xavier Bichat. En este periodo, los tejidos se ofrecen como elemento básico de análisis. “Solo a partir de los tejidos, la naturaleza trabaja con una extrema simplicidad de materiales” (2001: 183). Ellos son los elementos de los órganos que permiten una mirada diagonal del cuerpo, descubriendo el modo en que los órganos se emparentan y forman sistemas; del rendimiento de los tejidos en el análisis permite introducir el principio de isomorfismo. “La región del tejido (...) es un segmento de espacio perceptible en el cual se pueden señalar los fenómenos de la enfermedad” (2001: 184); por lo tanto, “la enfermedad no será ya sino la forma patológica de la vida” (2001: 217). El principio de esta mirada es el orden, la sistematización, y no la localización.

A partir del siglo XIX, la noción de enfermedad cobra un sentido activo, en la medida en que permite conocer la función y vitalidad de los tejidos. La enfermedad, según Foucault, se convierte en un principio de análisis. Al analizar el proceso patológico sufrido por los tejidos, se produce una discontinuidad, o una ruptura, con el principio nominalista de la mirada clínica; el ser de la enfermedad se convierte en el tejido dañado. Si inferimos lo que Foucault desea resaltar, podemos decir, que la noción de enfermedad como nombre para la lesión titular es una construcción social que no existía antes

del siglo XIX, demostrando su carácter contingente. Si el signo clínico remitía la enfermedad misma, el signo “anatomoclínico” remite a la lesión. La enfermedad se convierte en la relación interior, constante y móvil de la relación de la vida con la muerte (2001: 216-220). Foucault parece sugerir que la anatomía patológica habría producido el efecto de correspondencia entre el elemento abstracto del análisis y la unidad anatómica del organismo, así idea y tejido serían los elementos, que el tipo de lesión (e. d. la enfermedad), como criterio de clasificación, ordenará para ofrecer una familia o sistema, no tanto de enfermos, sino de enfermedades (cf. 2001: 184-194). En este sentido, de manera especial, a partir del siglo XIX, no habría enfermedad, sino a partir de la comparación: “No hay hecho patológico, sino comparado” (2001: 192). Con una de sus conocidas y popularizadas metáforas, Foucault sostendrá que la mirada médica actúa como un ojo que estructura al enfermo, cuando clasifica una lesión orgánica en la red de clasificaciones existente (cf. 2001: 194). El enfermo no se constituye por su vivencia subjetiva, sino por el saber médico que lo determina.

Con este análisis, Foucault señala que el cuerpo es reducido a sus tejidos, al punto en que se pierde como unidad de estudio, siendo la patología de los sistemas de tejidos el verdadero objeto de análisis. Este abordaje resulta ciertamente interesante, en la medida en que trata de explicar cómo a partir de la medicina moderna, la experiencia de unidad de la persona se va perdiendo dentro del discurso médico. No es la persona la que interesa estudiar, sino la enfermedad en sus formas elementales, en sus formas de relación y en sus sistemas de clasificación. El autor francés nos permite comprender la manera en que la unidad de la persona se torna un tema marginal dentro del discurso médico. Además, se debe señalar, que la anatomía patología de los sistemas de tejidos del siglo XIX permite sostener cierta autonomía de su funcionamiento con respecto a la vida del organismo.

Con la reducción de la enfermedad al nivel de los tejidos, la enfermedad aparece como la manifestación de un hecho real, es decir, una lesión en una parte del organismo. Como la enfermedad ya no afecta a la totalidad de la persona, la muerte deja de ser la dimensión contraria a la vida, en el sentido de una dimensión metafísica del mal o de transición a otra vida no orgánica. La muerte se convierte, bajo esta perspectiva, en el resultado de una falla de un sistema de tejidos; por lo tanto, la muerte se inserta en el proceso de la vida como el cese de funciones de sistemas orgánicos. La enfermedad se convierte en la manifestación y el vaticinio de la muerte en el transcurso de la vida. “La vida, la enfermedad y la muerte constituyen ahora una trinidad técnica conceptual” (2001: 205).

Aunque es verdad que la enfermedad es estudiada a partir de la clasificación de la patología de los tejidos, aquella se convierte, según Foucault,

en una nueva entidad sin ser. En otros términos, aunque no se remite ya al esquema nominalista del siglo XVIII, el siglo XIX habría dejado como uno de sus “grandes descubrimientos”, que la enfermedad es un movimiento complejo de los tejidos, una reacción orgánica a una causa irritante. Si bien la enfermedad aparece como un movimiento de los tejidos, en realidad esta no se reconoce como tal, hasta que el médico ha realizado la comparación de los tejidos comprometidos.

La conclusión que infiere Foucault es que la enfermedad no está realmente en el movimiento de los tejidos, ni el tejido, sino en la mirada que determina el estado de enfermedad por comparación. En ese sentido, el fenómeno patológico carecería de ser, por lo que la esencia de lo patológico radica en la constatación de la reacción tisular al agente irritante a partir de los esquemas de clasificación que el médico detenta, es decir, a partir de la acción del médico descubre y no precisamente lo que ocurre en los tejidos. Esto sería así, “porque ya no hay enfermedades esenciales, ni esencia de las enfermedades” (Foucault, 2001: 268). Bajo esta orientación, la medicina de los órganos tendría tres momentos. Primero, partiendo de los síntomas manifestados, determinar el órgano que sufre. Segundo, partiendo del agente exterior, explicar cómo el órgano ha llegado a sufrir. Tercero, suprimir la causa. Así, afirma el autor francés, se perfila la medicina de las reacciones patológicas que rigen la manera en que el médico se comporta respecto de los síntomas que estudia. No es la persona la que sufre, sino se habla de un “sufrimiento de los órganos”, la fiebre deja de ser estudiada como una vivencia térmica y se reduce a los niveles de irritación en los órganos.

Foucault parece no solo levantar acta de esta pérdida, o ausencia, del sujeto en la enfermedad, sino, además, estar de acuerdo con ella. El autor francés sostiene, que a partir del siglo XIX “el ojo del médico puede dirigirse a un organismo enfermo” (2001: 274). La concepción de enfermedad sin ser, implica la desaparición de la persona como sujeto de la enfermedad. El estudio de la constitución y modificación de la “mirada médica” entre los siglos XVIII y XIX permite a Foucault explicar cómo la práctica y saber médicos no han correspondido realmente a un contrato individual entre médico y paciente, sino que se ha formado como la construcción de prácticas de clasificación a partir de criterios lingüísticos, matemáticos, químicos, políticos y económicos que solo en periodos recientes adopta como supuesto referente la materialidad de los tejidos del organismo. Si bien este estudio el permite al filósofo francés enfatizar la mediación social y estatal para demostrar que la persona enferma no interesaba, también le permite a él mismo, abandonar el estudio de la vivencia subjetiva de los pacientes o enfermos. Él denuncia la no centralidad del sujeto en el estudio de la enfermedad, para que él se exima de cualquier estudio de la vivencia subjetiva morbosa.

El estudio de la mirada médica propuesto por Foucault le permite señalar que toda la práctica médica “científica” no ha tomado al individuo enfermo como referente, sino a diferentes formas de clasificación de la enfermedad. Estas formas de clasificación no solo han surgido de la capacidad disciplinar de los médicos como “científicos”, sino que han surgido de las condiciones que las modificaciones sociales les han brindado. Así, el médico es quien enuncia el saber de la clasificación de las enfermedades, clasificadas en relación a la idea de las partes del organismo.

No obstante, la postura de Foucault consiste en sostener que el enfermo es constituido o sujetado por la mirada clasificatoria. Esto implica tesis que se han convertido en lugares comunes de las concepciones constructivistas. En primer lugar, el sujeto pasivo de la enfermedad se constituye por la mirada del médico, convirtiéndose en un objeto constituido, un “sujeto sujetado”. Bajo la mirada clínica, el sujeto de la enfermedad no es el paciente, sino el objeto del cual la enfermedad se ha apoderado. El enfermo es un objeto, un lugar, en el que la enfermedad se deja leer como un texto. La mirada médica descubre no tanto una enfermedad en la persona, sino un individuo clasifica-le en el sistema de saberes dominante. De esta manera, como señala acertadamente el estudioso de Foucault, Joaquín Fortanet, “el cuerpo enfermo deja de ser un cuerpo propio, y pasa a ser el texto de la verdad médica” (2015: 97). La mirada médica produce o crea tanto la enfermedad como el cuerpo enfermo. La mirada médica recibe su poder de las instituciones que lo respaldan, formando una estructura de dominio y clasificación de los individuos en una sociedad. Así, la medicina se convierte en uno de los principales mecanismos de subjetivación de la modernidad. Esta concepción de la enfermedad, debemos concluir, se concentra en la idea de enfermedad como rol dentro de la sociedad. Como el sujeto no es más que los roles que juega en la sociedad, su rol como enfermo no proviene de sus afecciones corporales, cognitivas o emocionales, sino de la mirada del médico, del sistema de distribución que impera en una época, mediante determinadas prácticas de poder.

Según este autor, la anatomía clínica habría dividido interiormente al enfermo, diluyéndolo en la clasificación de los tejidos. La persona no es el sujeto de la enfermedad, sino los tejidos; lo que significa que el estudio de la enfermedad y su tratamiento solo puede darse en los organismos individuales. La patología brindaría una clasificación tal, que disuelve a la persona en la red de sistemas de clasificación de enfermedades, es decir, en el discurso clasificador del médico. “No hay sino enfermedad individual: no porque el individuo reacciona sobre su propia enfermedad, sino porque la acción de la enfermedad se desenvuelve por derecho propio, en la forma de la individualidad [orgánica]” (Foucault, 2001: 240). El sujeto de la enfermedad no es la persona, sino los tejidos, y en última instancia, la red de clasificación que el

médico impone como realidad. Foucault hará suya la tesis que afirma que el sujeto de la enfermedad no es la persona, sino lo constituido por la “mirada médica”; por lo que la vivencia subjetiva no es importante. No obstante, queda la duda, sobre qué motiva a la persona ir al médico, cuando, por ejemplo, una persona desconoce los discursos médicos imperantes en una sociedad, como en el caso de un extranjero.

La anatomía clínica, según el autor, además de dividir a la persona internamente, la divide socialmente. La doble dimensión de enfermo y sano en el individuo será parte de la ambigüedad entre vida y muerte, y el criterio de clasificación de los individuos ven las sociedades.

Así, la tesis constructivista del análisis de Foucault se centra en que la enfermedad no tiene ser, ni sujeto propio, sino que es el producto de un saber apoyado institucionalmente, que busca demarcar el orden de los individuos en la sociedad. En este sentido, la medicina no se concentra en el organismo, como pensaría el realismo ingenuo implicado en la biomedicina naturalista. No obstante, el saber médico tampoco se centra en la persona, pues aquel produce una concepción de enfermedad como anormalidad, cuyo sujeto depende del tipo de discurso sobre salud, vida y normalidad. El discurso médico, la mirada médica, es el producto del saber de determinadas instituciones que han buscado ordenar la sociedad, dividiendo a los individuos interna y socialmente. La mirada del médico se apoya en la institución estatal, en la normal, en la universidad, en el cuerpo colegiado y en la clínica o el hospital. Es a partir de estas instituciones que el médico recupera su discurso, lo pronuncia, lo compara o contrasta con el de sus colegas y lo aplica. Todo esto se realiza, según Foucault, como el ejercicio de un sujeto colectivo que mira y estructura la sociedad entre sanos y enfermos, así como divide al mismo paciente en los niveles de su organismo. La relación médico-enfermo no es una relación de contrato individual, sino un acontecer social. De esta manera, la constitución de la mirada médica es uno de los pilares de la constitución del campo epistemológico, o episteme, de la época moderna, es decir, como el estudio del conjunto de las relaciones que se pueden descubrir para una época entre las ciencias, cuando se las analiza al nivel de regularidades discursivas, resaltando, en este caso, el papel de la constitución del hombre.

Ya como parte del siglo XX, Foucault marcará la biohistoria como como un proceder característico del saber y la práctica médicos (Foucault, 1978; Treviño et. al., 2015). En la biohistoria, el médico y el biólogo trabajarían juntos al nivel de la vida y de sus acaecimientos fundamentales. Junto a ella surgiría la medicalización de las sociedades, que no es otra cosa que la imposición de los cuidados médicos a aquellos que no están enfermos⁷. “El cuerpo

7 Esta medicalización se da bajo dos aspectos; primero, “la medicina se impone al indivi-

—según este autor— es una realidad bio-política; la medicina una estrategia biopolítica” (1978: 38); ya que el cuerpo aparece en el capitalismo como fuerza de producción⁸.

En la que podría ser una de las expresiones más claras de su veta constructivista, Foucault afirma lo siguiente. “Lo que hace que el enfermo tenga un cuerpo espeso, consistente, espacioso, un cuerpo ancho y pesado, no es que haya un enfermo, es que hay un médico” (2001: 195). Esta frase contra-intuitiva sostiene que es el médico, quien construye la enfermedad y no la vivencia de malestar que podría sentir el paciente. Esta postura constructivista propone que no solo el enfermo, sino también el cuerpo enfermo, se constituye pasivamente por la mirada institucional del médico. En este sentido, el enfermo y el cuerpo enfermo se encuentran sujetos por la mirada institucional de la clasificación. Como la cualidad de enfermo corresponde no al cuerpo del enfermo ni a la persona, cualquier persona en cualquier sociedad podría ser considerada como enferma sin que exista una razón suficiente para ello, de lo que se desprende que la enfermedad solo es un estado relativo a las instituciones de una sociedad.

En síntesis, el estudio arqueológico de Foucault se ofrece como una guía muy interesante para comprender el contexto de socialización de conoci-

duo, enfermo o no, como acto de autoridad” (Foucault, 1978: 25), por ejemplo, cuando hay exámenes médicos para acusados de crímenes, con el perito en psiquiatría o psicología; segundo, en el hecho de que el objeto de la medicina deja de ser el enfermo, para concentrarse en, por ejemplo, las prácticas sexuales. En ninguno de los dos casos, el individuo se ha expresado como enfermo; es decir, la intervención médica no proviene de la demanda del enfermo. “Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades y la demanda del enfermo” (1978: 26).

La condición de la biohistoria y de la medicalización de las sociedades surge, según Foucault, por el interés que el capitalismo generó en torno al cuerpo, como lo somático, lo biológico, y fuerza de producción, para desarrollar así una economía de la salud.

- 8 Esto habría llevado a una crisis del sistema sanitario, que, aunque es parte de las políticas del estado, no asegura la salud de los individuos. Toda la crisis sanitaria, así como la comprensión biopolítica del cuerpo provendría, según Foucault, de la constitución de la mirada médica. Frente a la medicalización de las sociedades, el autor francés considera que existen grupos que se rebelan contra las imposiciones biopolíticas del capitalismo. Estos grupos “reivindican el derecho a la vida, el derecho a enfermarse, a curarse y a morir, según el deseo propio” (1978: 55). Esta reivindicación de la autonomía de vivir, enfermar, curar y morir es considerada por Foucault como expresiones de lucha política que, al parecer, llevan implícita la positiva valoración del autor. De hecho, dentro de su retórica, estos grupos autónomos aparece como “una resistencia imprecisa a la medicalización autoritaria de sus cuerpos y enfermedades” (1978: 55). Es interesante notar en este punto, que el autor francés considera que el saber institucionalizado de la medicina ha producido muchas muertes, pero no señala que también los movimientos anti-medicina y otras expresiones semejantes, han producido importantes cifras de infecciones y muerte, por ejemplo, en los contextos de pandemia.

miento en que se ha producido determinada concepción de salud y enfermedad en los discursos médicos centro-europeos. No obstante, al dejar de lado toda la dimensión subjetiva de la enfermedad, parece que gira en torno al tema, sin dirigirse específicamente a él. Cuando se trata de comprender la enfermedad, ¿basta con saber qué discursos médicos han surgido en una época, qué instituciones le han ofrecido respaldo a tal o cual interpretación, qué tipo de prácticas se han desarrollado para separar a enfermos de sanos? ¿No implica realmente todo ese conjunto de datos y conocimiento un absoluto silencio con respecto a lo que origina todo el problema, la experiencia de la enfermedad? Es comprensible que Foucault busca desarrollar su punto de vista, cuestionando la existencia y la necesidad de apelar a alguna dimensión que pueda considerarse como propia de la naturaleza humana; pero cuando esa postura implica dejar fuera de consideración la dimensión subjetiva de la enfermedad, el análisis se torna a todas luces limitado. ¿Cómo puede comprenderse la enfermedad sin remitirse a la vivencia de afectación, sea esta orgánica, afectiva o existencial? Es común en este tipo de análisis constructivista, pasar del estudio de la enfermedad a las condiciones sociales o las implicaciones o repercusiones políticas de ella⁹. En ese sentido, nos dice mucho sobre lo que sucede al rededor de la enfermedad, pero no nos dice casi nada sobre el enfermo¹⁰.

Ante esta postura, resulta necesario preguntar, si la enfermedad consiste en la enunciación que el médico hace como práctica que manifiesta su detención del poder institucionalizado en una sociedad, ¿cómo se comprende el motivo por el que un paciente se dirige al hospital o a la posta sanitaria?, ¿qué

9 El relativismo del punto de vista constructivista de la enfermedad se aprecia cuando la enfermedad es desprovista no solo de todo ser, sino de todo sentido en el terreno de la subjetividad del individuo. Desde este punto de vista, la “designación de la enfermedad se realiza siempre de acuerdo con criterios preestablecidos culturalmente, la medicina es un producto de la cultura, y como tal, opera con las prácticas construidas desde la sociedad”, tal como se puede leer desde la veta sociológica en el artículo “La construcción social de la enfermedad” de Agustina Lejarra (2004: 271).

10 Las consecuencias prácticas del constructivismo, por ejemplo, se pueden evidenciar en las diferentes manifestaciones, no solo en Bolivia, sino en varios países, incluso por parte de muchos políticos, de afirmar que las afecciones de la COVID-19 eran o solo las de una gripe cualquiera, o el argumento político de la derecha capitalista mundial para someter a algunos sectores de las poblaciones nacionales. La postura constructivista-relativista se ha convertido en una moneda común, en el saber popular de la época; así se puede evidenciar en las redes sociales digitales, en las que toda postura es descartada como interesada políticamente, circunscrita a determinados valores de un grupo social, o valoradas por particularidades culturales de diversa índole, generalmente ligadas al milenarismo. En este contexto, resulta muy difícil saber cuándo una manifestación se trata de un intento de denuncia justa contra intereses políticos de “medicalización” de la sociedad y cuando, simplemente, otros escenarios de lucha de poder, que utiliza un dudoso lenguaje argumentativo, explicativo y científico, en las que poco de emancipación hay.

motivo tendría entonces alguien para ir al médico, si no es precisamente, que, además de las convenciones sociales, sienta algún malestar? Esta pregunta no cabe dentro del planteamiento del autor francés, lo que hace que su estudio de la enfermedad quede dando vueltas sobre aparentes condiciones sociales, que, sin lugar a dudas alumbra interesantes relaciones de contexto, pero no dice nada, o dice muy poco sobre la vivencia de la enfermedad. Aunque la enfermedad pueda ser una creación social, resulta difícil de aceptar que esa construcción pueda comprenderse razonablemente sin preguntar por la dimensión subjetiva, o por la experiencia en primera persona, de lo que significa estar enfermo. Para los seguidores del constructivismo, ante la pregunta, si el sujeto es solo la suma de sus roles, detrás de los cuales nada habría, la respuesta es afirmativa. Esto implica que la enfermedad se reduce al rol social que un determinado de sujetos, destacados por un saber dominante, debe cumplir en una sociedad.

Si bien esta postura alumbra aspectos que la biomedicina suele dejar de lado, debemos preguntarnos, si es dable aceptar que, por lo menos, en el caso de la enfermedad, el sujeto puede simplemente reducirse a la suma de sus roles sociales, tras los cuales no sea posible encontrar una dimensión de agencialidad, de afectación subjetiva que no sea solo relativa a los roles sociales. En este punto, se debe tener cuidado de no echar el agua de la bañera, con el crío y todo. Es decir, la crítica a la reducción naturalista que ofrece la bio-medicina, no debería conducirnos a sumir que la enfermedad es, en realidad, solo un rol social que cumplen algunos individuos dentro de la sociedad.

Como parte de nuestra crítica a posturas como las que Foucault representa, parece necesario atender a los intentos de mediación de algunos constructivistas moderados, quienes consideran que no basta con atender a la dimensión simbólica de la enfermedad, sino también reconocer la dimensión de la experiencia del organismo. En esta postura se puede encontrar, solo por mencionar un ejemplo, el texto de María José Devillard (1989). “Pero resulta aun insuficiente apuntar al carácter necesariamente relativo e ideológico de la construcción oficial (científica) de la salud y de la enfermedad” (Devillard, 1989: 83). En la postura moderada que representa Devillard, la construcción de las ideas de salud y enfermedad implica el encuentro entre el especialista, el médico y el profano, en los que habría que estudiar las causas, orgánicas y sociales, así como “la significación: ‘¿por qué yo?’, ‘¿por qué él?’, ‘¿por qué aquí?’, ‘¿por qué ahora?’” (Devillard, 1989: 84).

Estas preguntas por la significación, por el sentido subjetivo, por la experiencia vivida de la enfermedad son las que nos interesan tratar, sin caer en los reduccionismos naturalista o constructivista. ¿Cómo se revela la enfermedad en la vivencia de la primera persona?, ¿cómo se puede caracterizar al sujeto de la enfermedad? La actual pandemia de la COVID-19 nos exige

volver a plantear estas preguntas. Ensayaremos un modesto abordaje a partir de los fundamentos de la fenomenología de la enfermedad, cuyos representantes ya fueron presentados en las primeras páginas.

3. Fenomenología de la enfermedad y persona encarnada

Frente a la pregunta por el sujeto de la enfermedad, la fenomenología se posiciona de manera crítica entre los extremos del naturalismo-reduccionista y del constructivismo-relativista. Para evitar caer en los dos extremos, la fenomenología indaga la constitución de la vivencia subjetiva de la enfermedad, para ello, se apoya en el estudio de la constitución “normal” de la subjetividad y dialoga con los estudios de casos clínicos. La fenomenología de la enfermedad implica una reflexión y crítica de los supuestos de las ciencias particulares, médicas y psicológicas, sobre el ser humano, revisando las categorías de cuerpo, mente, alma, espíritu, dolor, naturaleza, cultura y sus intrincadas relaciones, enfatizando tanto la experiencia en primera persona, esto quiere decir, la irreductible dimensión de la vivencia, así como la constitución de la experiencia de la enfermedad.

Aunque el estudio fenomenológico de la enfermedad no es nuevo, sí se debe admitir que es reciente la sistematización de los aportes en diálogo fructífero con diversas áreas de la salud humana. Aún así, parece que sería exagerado afirmar que existe algo así como “una” fenomenología de la enfermedad, cuando más bien, se puede constatar la existencia de diversos proyectos de investigación fenomenológica de la enfermedad. La diferencia entre estos diversos proyectos podría reconocerse a partir de su mayor o menor cercanía con los modos canónicos de abordar la vivencia morbosa, que corresponderían a los impulsos provenientes de Edmund Husserl (2005), Karl Jaspers (1977), Martin Heidegger (2013) o Maurice Merleau-Ponty (1994), que se distinguirían, dicho bruscamente, por la primacía del estudio de la constitución genética de la subjetividad encarnada, o por la dimensión hermenéutica de la situación existencial. ¿Es el ser humano como unidad, en su estado de salud o enfermedad, accesible por el abordaje genético, o, por el contrario, solo en su determinación comprensiva-existencial? (Heidegger, 2013: 285) ¿Acaso toda modalidad comprensiva-existencial no está en cierta medida determinada por las determinaciones biológicas del ser humano? Esta mayor o menor cercanía a los modos fundadores de abordar fenomenológicamente la vivencia de la enfermedad, debe ser, además, matizada por el tipo de diálogo que en la investigación particular se mantiene con el estudio de casos clínicos; por ejemplo, si están referidos al dolor (Serrano de Haro, Introducción a la fenomenología del dolor, 2019), a las afecciones psíquicas (Laín, 1964), si

se apoyan en estudios basados en la perspectiva de la tercera persona (Varela *et. al.*, 2001, Zahavi y Gallagher, 2012; Depraz *et. al.*, 2017).

Esta breve mención de criterios que se pueden adoptar cuando se piensa en una fenomenología de la enfermedad nos sirven para cerciorarnos que este abordaje no puede consistir en la aplicación de una doctrina a diferentes casos, sino todo lo contrario. Cada indagación fenomenológica de la enfermedad implica una nueva meditación sobre problemas fundamentales como la noción de vivencia, autoafectación, agencia, dolor, corporalidad, intersubjetividad, ser humano y persona.

En este complejo contexto, resultaría necio buscar ofrecer un aporte original, más todavía, considerando las limitaciones del presente artículo. Por el contrario, la intención es más modesta, al par que exigente. Nos interesa pensar en el sujeto de la enfermedad como persona encarnada y la enfermedad como una situación. Esto significa que es necesario tomar en cuenta la constitución genética de la percepción habitual que permite al sujeto tener una noción básica de normalidad, a partir de la cual se manifiesta la vivencia de enfermedad. Esta vivencia de anormalidad, cuando se hace duradera, afectando la dimensión personal narrativa, se deja reconocer la enfermedad como situación plena. La enfermedad no debe ser comprendida como algo que está en el sujeto, sea en su interioridad orgánica o psíquica, sino como una situación de valencia negativa, en la que él se encuentra.

Para hacer comprensible nuestra tesis, se desarrolla, primero, una breve aclaración del uso del término persona encarnada (3.1). Inmediatamente, se describe la formación de la anomalía del estilo habitual de la percepción carnal del sujeto, tomando en cuenta las variaciones en el carácter afectivo, atmosférico y resonante (3.2). Después, se expondrá con mayor claridad el carácter situativo de la enfermedad en relación con la constitución del yo narrativo (3.3). Nuestra exposición se apoyará en los autores ya mencionados, pero retomará de manera especial los aportes del filósofo y psiquiatra Thomas Fuchs (2000; 2017; 2019), del neo-fenomenólogo Hermann Schmitz (2009; 2011; 2016) y de la filósofa Havi Carel (2017), en relación con testimonios de pacientes recuperados de la COVID-19.

3.1. Persona encarnada y enfermedad

Aunque este no es el lugar para un desarrollo específico de nuestra toma de posición dentro de la tradición del personalismo, debemos esclarecer por lo menos provisionalmente qué es lo que comprendemos por persona en el marco de esta reflexión sobre la enfermedad. Veamos a continuación la riqueza semántica del término, algunos de los problemas que han surgido en torno suyo y la orientación que nos interesa para abordar la vivencia de la enfermedad.

La concepción de “persona” posee una particular riqueza semántica por su cuádruple fuente artística, jurídica, teológica y filosófica (cf. Esposito, 2011: 13 y ss.; Gadamer, 2001: 23-24; Fuchs, 2002: 239-240). Así, en primer lugar, esta noción ha estado ligada, desde su doble origen griego (*prosopon*) y latino (*persona*), a la idea de manifestación de un rol, sea en el teatro ático, o en el papel que alguien desempeña en un caso jurídico (Gadamer, 2001: 24), si bien, en el derecho romano, la persona podría corresponder solo a los que tienen la facultad de posesión, en cuanto cumplen el triple estado de hombres libres, ciudadanos romanos e individuos independientes de otros (Esposito, 2011: 20). Tanto en el sentido de máscara como en el del rol, nos interesa resaltar la capacidad de aparecer y actuar como alguien ante otros. La persona es el quien es capaz de aparecer e interactuar con otros. La persona, además, es a quien se le atribuye algo, bien como parte de su manifestación, bien como aquello que le puede pertenecer.

En segundo lugar, por su relación con la teología y filosofía latinas, la noción de persona se asocia a la individualidad, la racionalidad y la dignidad. En este sentido, la persona aparece como “*res per se una*” (cf. Teichert, 1999: 92). En este contexto es conocida la definición de S. Boecio, para quien la persona es una sustancia individual de naturaleza racional, compartida por la tradición tomista. Otra vertiente del cristianismo enfatiza la relación y el originarse de la persona. Esto ocurre con los Padres griegos, en Occidente con Ricardo de San Victor (Ferrater Mora, 2010: 2759-2764). En esa postura se distingue entre el *sistere* en que consiste la naturaleza y el *ex-sistere*, el “venir de” u “originarse de”, en que consiste ser persona. La persona se caracteriza por su modo propio de *sistere* o de tener naturaleza. Esta es una relación subsistente, relación primariamente a Dios, de quien la persona recibe su naturaleza, y a los demás hombres, cuanto ellos son personas. En esta tradición, en la noción de persona se manifiesta la tensión entre la naturaleza racional y la sustancia individual, entre cuerpo y espíritu, entre cuerpo y mente.

En el desarrollo histórico de esta tensión, la definición propuesta por Locke buscará decantarse por una noción no sustancial de persona, afirmando que ella es “un ser pensante inteligente dotado de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como el mismo [en diferentes tiempo y lugares] tan solo en virtud de su tener conciencia (...)” (Locke, 2005: 318 / II, 27, § 9). Locke restringe la dimensión biológica del individuo que somos nosotros al concepto de hombre o ser humano, delimitando la auto-conciencia racional a la persona; lo que en términos de Taylor significó la generación de un yo puntual desvinculado de la naturaleza y la de la moralidad en sentido fuerte, teniendo cada individuo la obligación de crear su propia moralidad. “Adoptar esta postura es identificarse con la capacidad de objetivar y reconstruirse y a través de ello distanciarse de los rasgos peculiares que son objeto

del cambio potencial. Lo que en esencia somos no les ninguno de esos rasgos, sino lo que es capaz de ajustarlos y configurarlos” (Taylor, 1996: 187). Taylor afirma que, la conciencia, fundamento de la identidad personal, según Locke, “genera una imagen de nosotros mismos como poseedores de una conciencia puramente independiente, que sostiene y justifica dicha postura y es la base de la radical promesa que entraba de autocontrol y reconstrucción” (1996: 188). El rechazo de la concepción sustancial de la persona (Boecio y Tomás) por parte de Locke conduce a la identificación de la personalidad con la capacidad reflexiva de la conciencia, en la que el cuerpo no toma parte de manera activa. De hecho, Locke, busca enfatizar la diferencia entre el organismo del ser humano y la conciencia de la persona.

Esta división entre lo biológico del ser humano y lo racional en la persona propuesta por Locke se amplifica, cuando el asiento de la dignidad humana equivale a esta última. Así, según Esposito, “el mecanismo de la persona no puede funcionar sino escindiendo en dos la unidad de ser vivo; si la persona pierde el propio cuerpo, este, a su vez, ya no reencontrará a la propia persona” (2011: 29-30). Dentro de esta tradición moderna de la persona, la vivencia de la enfermedad no es relevante o resulta paradójica. Así, por ejemplo, algunas posturas contemporáneas sostienen que los individuos que sufren demencia severa, y no pueden reconocerse reflexivamente, no podrían ser consideradas personas, así la opinión de Peter Singer (*cf.* Fuchs, 2013: 175).

A contramano de esta concepción moderna de la persona, restringida a la dimensión racional, opuesta a su corporalidad, la fenomenología genética de Husserl llegó a desarrollar fundamentos importantes para pensar la persona desde la vivencia de su corporalidad, habitualidad e intersubjetividad, en la que las vivencias de las etapas de la vida, de la salud y la enfermedad juegan un papel constitutivo para el individuo y la comunidad humanas. Husserl logra introducir en el estudio de la persona, la descripción del cuerpo como sentiente-sentido. Cuando la descripción fenomenológica genética logra superar la división ingenua entre las vivencias corporales externas y las psicológicas, internas, se predispone el camino para comprender la constitución de la persona carnal¹¹.

Deseamos describir las características de la persona encarnada en la vivencia de la enfermedad. El término carne se ha convertido en un término técnico en el campo de la fenomenología del cuerpo que, no obstante, no posee un sentido unívoco. En algunos casos, el término carne (*chair*) remite a una metafísica de la encarnación, cercana a la teología cristiana, así Michel

11 La superación de las vivencias divergentes como externas e internas aparece en la fenomenología de Husserl a partir entre las décadas 1920 y 1930, ligada al segundo tomo de *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica, Meditaciones cartesianas* y muchos de los textos póstumos, recientemente publicados en Husserliana.

Henry concibe la carne como un cuerpo *a priori* subjetivo trascendental, que es el sujeto de la auto-afección, el sujeto sentiente del sufrimiento, dolor y toda pasión (Henry, 2001: 10, 129, 146-147 y en especial la tercera parte). En *Lo visible y lo invisible*, Merleau-Ponty concibe la carne como “un elemento del Ser” que no corresponde con un cogito tácito (2010: 125, 127, 130, 132). Venebra, apoyándose en Depraz, piensa la carne trascendental como “un puro fluir de sensaciones que constituyen la materia experiencia del yo, cuya manifestación más originaria es la de un ‘yo puedo’, un yo que se constituye en el entrelazamiento de sensaciones ubiestéticas y cinestésicas” que intervienen en el acto de la percepción externa, que no es espacial, aunque es la base de toda orientación (Venebra, 2016: 176). El término “carne” también se ha utilizado para diferenciar matices en el sentido del término *Leib* de la lengua alemana, así, por ejemplo, en el caso de Schmitz (Mercado, 2020).

No es este el lugar para discutir cada una de las concepciones de carne trascendental, pero sí las hemos tomado en cuenta en las reflexiones y descripciones que preceden a este texto. Con estas definiciones compartimos la concepción de carne como sujeto trascendental pre-egológico, cuyas vivencias precedentes a la constitución del cuerpo propio cuerpo y a la representación anatómica del cuerpo. En el caso de Henry y Schmitz nos alejaremos de la posible interpretación de una carne auto-afectada por sí. Con Merleau-Ponty abriremos nuevamente la pregunta, sobre si la carne puede tener una dimensión judicatura pre-tética, tal como la sugirió en *Fenomenología de la percepción*. Con respecto a Depraz y Venebra, consideraremos la vivencia espacial de la carne. Importante será, además, para nuestra postura, la concepción del “sí-mismo-basal” (*basales Selbst*) del profesor Thomas Fuchs (2019). Así, dejando de lado la discusión temática con cada uno de estos autores, nuestro uso del término carne servirá para indicar la vivencia pre-egológica de la relación sujeto-otros-mundo, como base trascendental, es decir, condición de posibilidad de la constitución del sujeto corporal y personal en relación con los otros y con el mundo.

La concepción de carne, tal nuestra propuesta, nos permitirá comprender la vivencia de la enfermedad en una dimensión no tomada en cuenta por la biomedicina naturalista, ni por el constructivismo relativista. Sostendremos, pues, que la enfermedad se presenta como una anormalidad del estilo habitual de la percepción carnal. Esta percepción carnal es anterior a la relación sujeto-objeto, es prerreflexiva, y vivida por el sujeto en tres dimensiones, afectiva, atmosférica y resonante. La percepción carnal es la construcción del estilo habitual de percibir el mundo, mediante una apercepción de la interacción del sí mismo los otros. Ella se forma en la constitución de la carne trascendental (sujeto prerreflexivo) a partir de un determinado estilo de normalidad de las habitualidades y forma la base constitutiva para el de-

sarrollo de la dimensión personal e interpersonal. Para aclarar nuestra tesis, tomaremos algunos de los síntomas característicos, aunque no restrictivos de la COVID-19, y los estudiaremos de la mano de los aportes fenomenológicos que consideramos relevantes para nuestras descripciones.

Nuestro concepto de persona encarnada puede comprenderse como un ensayo de desarrollo del sujeto trascendental de la fenomenología genética de Husserl. La persona encarnada se constituye a partir de la formación del estilo habitual de la percepción encarnada. En ella, el sujeto está remitido de un modo prerreflexivo e íntimo al mundo. Esta remisión prerreflexiva e íntima se puede estudiar como una percepción carnal, de la que se dejan diferenciar tres caracteres inherentes, el afectivo, atmosférico y resonante. En el estado incipiente de una enfermedad, el estilo habitual de la percepción carnal se manifiesta modificado. En un estado desarrollado de la enfermedad, esta se constituye como una situación que modifica la vivencia reflexiva, intersubjetiva y narrativa del yo.

3.2. Estilo habitual de la percepción carnal y la enfermedad como molestia

La existencia de la persona en el mundo implica un determinado estilo habitual de percepción carnal. Para comprender la enfermedad sin caer en los reduccionismos naturalista o constructivista, necesitamos atender a las vivencias de la persona encarnada; por ello, nos concentraremos en una aclaración de lo que comprendemos como percepción carnal. En la percepción carnal, la enfermedad aparece en primer lugar como molestia. La percepción carnal es una forma de protosensibilidad que marca la relación íntima y prerreflexiva del sujeto con el mundo. Hablamos de una percepción carnal y no corporal, en la medida en que la vivencia de la corporalidad todavía no tiene la forma plena del cuerpo propio, sino de una ambigüedad de límites entre la corporalidad y el mundo. La percepción carnal posee tres características, la afectiva, atmosférica y resonante, que acompañan toda sensación cenestésica, ubiestésica y cinestésica. El estilo de estas tres características de la percepción carnal forma la habitualidad de la persona encarnada. Cuando hay alteración de este estilo habitual, se manifiesta la enfermedad de modo incipiente.

3.2.1. Percepción carnal: protosensibilidad como ubiestesia, cenestesia y cinestesia

En el segundo tomo de *Ideas*, Husserl aborda la triple dimensión de constitución de la persona, a partir de la constitución de las cosas, la animalidad y la espiritualidad. En el anexo XII del estudio de la constitución de la persona, se enfatiza la afección y la protosensibilidad. La manera en que el mundo afecta al sujeto se da bajo determinado haber o estilo que se siente como parte de la

normalidad, a partir de la manera en que interactuamos con él. Esta manera fundamental de sentir el mundo nos permite habituarnos al estilo de nuestra percepción del mundo como una regularidad.

Podemos decir que, como personas encarnadas, tenemos una manera ciertamente común de percibir el mundo, en la que, por ejemplo, las flores mantienen una determinada forma, por la cual no puedo confundirlas con un gato. La puerta que abro cada día para salir de mi habitación me brinda una resistencia, con la que mi cuerpo ha generado inadvertidamente un balance y empuje particular. Al empujar la puerta, mi mano ase la perilla con la suficiente fuerza para girarla, pero sin que eso implique impedir demasiado el ritmo del paso que me saca de la habitación. En el giro de la perilla, se produce una pausa que no suele tomarse en cuenta en el proceso de la acción general, a menos que la puerta esté trancada. Al girarla, siento prerreflexivamente mi mano apretando la superficie semiesférica y mis pies responden al movimiento batiente de la puerta, mientras aprovechan la resistencia del suelo para salir de la habitación. La sensación prerreflexiva, protosensible, de estas resistencias del mundo, que hace que partes de mi cuerpo se mueva con “naturalidad”, nos dicen tanto del mundo como del sujeto. Husserl denomina como ubiestesias a estas sensaciones, en las que la corporalidad se presenta como tal, no siendo ni organismo ni la mera cosa tocada: “La ubiestesia táctil no es ESTADO de la cosa material mano. Sino precisamente la MANO MISMA, que para nosotros es más que cosa material (...)” (Husserl, 2005: 189 / Hua, IV: 150). Con la ubiestesia podemos reconocer la cinestesia, como la sensación de movimiento libre y espontáneo, contrastable a los transcurros pasivos, en los que soy empujado.

Así que podemos afirmar que la percepción carnal se nutre de las sensaciones ubiestésica y cinestésica. En ellas acompaña una sensación cenestésica, es decir, la vivencia de la propiedad y agencia de estos actos. Esta es una dimensión afectiva, no en el sentido emocional, sino de ser afectado por el mundo. Zahavi y Gallagher diferencian cuatro niveles de actos, cada uno de ellos con mayor nivel de vivencia de agencia. Los de menor agencia, son los movimientos reflejos, como cuando nuestro cuerpo es movido por otra cosa; por ejemplo, cuando el coche frena de golpe y nos movemos por la inercia. Después están los movimientos sub-intencionales, que realizamos sin advertirlo; tal es el caso del movimiento nervioso de la pierna mientras esperamos. El tercer tipo de movimiento son los pre-intencionales o pre-noéticos, es decir, aquellos que inadvertidamente sirven para lograr un acto intencional general; como el movimiento sacádico de los ojos al leer un texto. Finalmente, están las acciones intencionales nósticas, que están dirigidas a un objeto, son intencionales, obradas por un motivo determinado e implican la conciencia de ser un acto voluntario.

Además de las ubiestesias y las cinestesis, podemos reconocer como parte de la afectividad de la percepción carnal, las cenestesis, sensaciones de auto-afectación del sujeto. Hermann Schmitz ha brindado una detallada descripción de las tensiones básicas que organizarían el ritmo dinámico de la vivencia carnal, que aquí solo podemos retomar sintéticamente y sin aceptar todas las implicaciones de su dinámica de la carnalidad. La vivencia carnal cotidiana posee una dinámica espacial propia (1998: 73-173; 2011: 15-27; 2016: 162-183). Esta se desarrolla mediante la tensión contradictoria de los impulsos vitales de contracción como tensión y ampliación como hinchazón. Por ejemplo, en el cansancio adormecedor del estado febril o en el de somnolencia, la vivencia se da como una relajación de la contracción para el efecto de una ampliación, se da un “soltarse” o un “dejarse ir”. El malestar general de una gripe puede manifestarse como una laxitud de la carnalidad, la vivencia de la unidad y cohesión tensa del cuerpo parecería relajarse, la postura se encorva ligeramente y los miembros parecen soltarse en cada una de sus articulaciones. Por el contrario, en el estornudo, después de haberse dado una vivencia de hinchazón en la aspiración que le precede, se da una vivencia de tensión contractiva. Esta contraposición del impulso vital, como ampliación que hinche y la contracción que tensa, puede ser rítmica, como en los escalofríos o un ataque de tos, en el que continuamente la vivencia de la carnalidad se mueve entre los polos señalados.

La descripción de Schmitz nos ofrece una dinámica propia de la carnalidad, desarrollándose esta de manera involuntaria y pre-personal. Esta dinámica carnal se diferencia de las sensaciones ubiestésicas y cinestésicas, en la medida en que no implican el movimiento del cuerpo en el espacio objetivo, aunque parece asemejarse a las cenestésicas¹². Ella se diferencia también de las ubiestesias, en la medida en que no son sensaciones determinadas por una localización en el cuerpo anatómico, relativa a la experiencia de los objetos mediante el tacto o la vista. Esta dinámica carnal podría ser considerada como una determinación de la cenestesia, en la medida en que equivalen a la autoafectación del sujeto¹³. No obstante, alejándonos de Sch-

12 El filósofo moravo distingue, en especial en los parágrafos 35 al 42 del segundo tomo de Ideas, las sensaciones (*Empfindungen*) en ubiestesias (*Empfindniss*), cenestesis y cinestesis (Husserl, 2005: 183-201). Sobre la cenestesia puede considerarse también los trabajos de Gabriel Marcel (Arregui, 2004: 155-158) y el concepto *Gemeinsgefühl* de los psiquiatras de la escuela de Gotinga, Johan Christian Reil y Christian Friedrich Hübner (Fuchs, 2000: 36-38).

13 Vale la pena señalar, que, para Michel Henry, la autoafectación del dolor y sufrimiento son manifestaciones inmediatas del sujeto; por lo que la “autoafectación originaria es la materia fenomenológica de la auto-revelación que constituye la esencia de la vida” (Henry, 2001: 84). También nos alejamos de esta interpretación de la autoafectación, aunque reconocemos la importancia de la noción de carne trascendental propuesta por este filósofo francés.

mitz, consideramos que esta cenestesia no es de la corporalidad del sujeto, sino del estilo habitual de la percepción atmosférica carnal que corresponde al sujeto prerreflexivo.

3.2.2. Afectividad de la percepción carnal: propiedad (mismidad) y agencialidad

La percepción carnal participa en todos estos niveles y es la condición del todavía ínfimo nivel de agencialidad y propiedad en los movimientos sub-intencionales y reflejos. La percepción carnal es la sedimentación del estilo normal de los movimientos en los niveles bajos de agencialidad. Esta normalidad de la percepción carnal del mundo se ofrece antes que la relación sujeto-objeto y aún antes que la reflexión consciente sobre el propio cuerpo. Como afirma Husserl en el §3 del segundo tomo Ideas, “[t]enemos ahí afectación de yo y reacción ‘inconscientes’. Lo afectante llega al yo, pero no al yo de la vigilia, al yo del volverse u ocuparse ‘conciente’” (Husserl, 2005: 391). Como se explica en el §5, el yo personal se asienta en estas vivencias del haber de la protosensibilidad.

El concepto de protosensibilidad es presentado como la unidad de datos sensibles previa a toda apercepción y que se mantiene como momento del aspecto visual (Husserl, 2005: 386/ p. 2). La protosensibilidad es una esfera de la pasividad intencional, pues la forma de la percepción se apoya en los datos materiales de la percepción, en su regularidad. La percepción los organiza con una “ínfima espontaneidad”. Esta pasividad con la que el sujeto carnal se relaciona con el mundo, le va brindando un proto-haber, un conocimiento básico de la normalidad del entorno. En ella se basa una “doxa” fundamental, nuestra creencia no cuestionada del modo en que el mundo cotidiano se nos ofrece. La doxa y el proto-haber corresponderían con una sedimentación del sentido de la percepción, bajo la forma de una básica memoria espontánea, que retiene la forma común del mundo para el sujeto (Venebra, 2016: 195). En esta “doxa” fundamental, el mundo aparece como el lugar en el cual el yo está distendido en sus acciones y pasiones. Considero que es aceptable afirmar que el mundo presenta su regularidad perceptiva con base en comparaciones y asociaciones que, sin embargo, no son reflexivas. Estas regularidades y comparaciones se dan en la manera en que el mundo afecta al sujeto en su relación carnal. El sujeto no pierde normalmente la certeza de que lo que siente le corresponde, que él es donde se vivencia tal o cual experiencia o que en torno a él hay algo.

Thomas Fuchs encuentra esta relación asentada en la sensibilidad y movimiento en el mundo como la dimensión del sí mismo reflexivo, carnal y ecológico. El sí mismo carnal (*leibliches Selbst*) corresponde con la dimensión mínima de la vivencia afectiva del sujeto. Según Fuchs, la dimensión corpóreo-vivida del sí mismo basal acompaña todo acto perceptivo como

un ser-auto-perceptivo prerreflexivo, que prescinde de una introspección o reflexión (2019: 36). Cada percepción o experiencia implica una auto-percepción, presente como un modo primario de la conciencia de agencialidad, según señala Fuchs. Esta auto-percepción posee un carácter de “mismidad”, es decir, que en cada percepción existe una conciencia pre-reflexiva de que esa percepción me corresponde. En cada movimiento o acto hay una certeza prerreflexiva sobre el sujeto del acto. En esta vivencia hay una dimensión corporal y temporal que va marcada por una determinada vitalidad, que consiste en la intensidad de la auto-afección.

Que la percepción carnal sea afectiva significa que el sujeto está implicado en ella de tal manera que no se diferencia del mundo o del entorno, aunque no pierde la certeza implícita de su agencialidad y propiedad. Así, por ejemplo, las sensaciones de postura y posición nos ofrecen un determinado horizonte perceptivo del mundo, que se mantienen en el trasfondo de la conciencia de vigilia. Estas vivencias son tácitas, recesivas. “El entorno regula el cuerpo directa e indirectamente, de modo que el cuerpo es cierto sentido la expresión o el reflejo del entorno. El entorno suscita un determinado estilo corporal para que el cuerpo funcione con el entorno y esté incluido en él” (2012: 211), señalan acertadamente Zahavi y Gallagher.

La percepción carnal es senso-motórica, pues está implícita en las posibilidades del movimiento, de la capacidad o vitalidad de la acción y de la manera en que se interactúa con los otros y el mundo. En la afectividad de la percepción carnal se vive la aperccepción de la existencia, del poder hacer y sentir de un modo determinado. Según Fuchs, la vivencia senso-motórica corresponde al yo-ecológico, que es el que aparece con un nivel inicial de agencialidad a partir de una relación senso-motórica con el entorno (2019: 39). Esta relación senso-motórica está acompañada por un dominio fundamental de sí mismo (agencia), a la que está íntimamente unida una eficacia fundamental de sí, que se ofrece como la respuesta del entorno a las iniciativas propias. La manera en que interactuamos con el mundo permite que se sedimente en nuestra vivencia un estilo en el que reconocemos la objetividad del mundo.

3.2.3 Normalidad y estilo habitual atmosférico de la percepción carnal

Husserl comprende esta interacción en “(...) el vaivén entre el haber predado y el volverse y la actuación con ello, y la constitución de una nueva objetividad, de un nuevo haber para nuevas objetividades” (Husserl, 2005: 402). Bajo este punto de vista, la normalidad del mundo, en la acostumbrada objetividad con que se presenta al sujeto encarnado, iniciaría en una percepción correspondiente a la proto-sensibilidad del mundo como una regularidad de la percepción. Esta regularidad ofrece la primera dimensión de normalidad.

Como acertadamente señala Husserl:

La CONSTITUCIÓN NORMAL es aquella que constituye la PRIMERA REALIDAD del mundo y del cuerpo, aquella que tiene que estar constituida para que puedan constituirse las transmutaciones perceptivas precisamente COMO transmutaciones, como inclusión de circunstancias de experiencia “ANÓMALAS”, tomando en cuenta la *realidad* de nivel superior como las nuevas relaciones de dependencia. (Husserl, 2005: 100)

Estas transmutaciones están ligadas a la enfermedad y a las lesiones corporales, por ejemplo, las que alteran la percepción táctil o visual. En el caso que nos ocupa, la vivencia del malestar se manifiesta como la modificación de esta primera realidad constituida por un tipo normal de la percepción del mundo. En la enfermedad, siguiendo todavía a Husserl, el mundo aparece como similar, “solo que ‘teñido’ de otro modo” (Husserl, 2005: 99). La extraña coloración del mundo que se vivencia en la enfermedad puede restituir su tipo normal, “al sanar un órgano primitivamente enfermo o al utilizar recursos artificiales” (2005: 99), se puede manifestar posteriormente la opción entre enfermedad y percepción “normal”. “Así pues, la coloración global de todas las cosas vistas puede muy bien ‘alterarse’ (...)” (2005: 94).

Esta coloración diferenciada es propuesta por Husserl después de haber ingerido santonina, pero es común a ciertas vivencias emocionales, en las que, en un estado de tristeza, el mundo se torna gris, o en la alegría, se tiñe de coloraciones vivas¹⁴. Según Merleau-Ponty, la percepción nos ofrece menos un objeto que una totalidad, una unidad de la que no se capta en primer lugar su ley inteligible. En ella encontramos un carácter atmosférico que manifiesta nuestra relación intrínseca con el mundo en un nivel carnal, es decir, pre-personal, que solo se hace manifiesto en el inicio de una enfermedad. Según el fenomenólogo francés, en la percepción acontece una totalidad, como unidad, “una extensión flexible y mutable” (Merleau-Ponty, 1994: 63). La percepción ocurre en una dimensión prerreflexiva, en la que el objeto y el horizonte perceptivos se intercambian sin dificultad. Cuando nos aproximamos a la puerta, esta puede ser objeto de la percepción y las paredes, el piso y el techo, así como la continuidad presupuesta (protensión) de la senda que me lleva hasta la calle son parte de un horizonte espacial que guarda un ritmo temporal de mi movimiento en los horizontes que se van ampliando.

14 “El mundo de la vida languidece todo el tiempo, la enfermedad es una señal de ello” (2012: 284), afirma Estrada en su “Hacia una fenomenología de la enfermedad”. Nosotros consideramos el mundo de la vida posee un carácter dinámico, pues en él se genera el desarrollo de la vida humana; por lo tanto rechazamos a concepción de Estrada del languidecer del mundo.

Solo si la puerta no se abre como espero, o detrás de ella encuentro algo inesperado (una zanja por una construcción), esa totalidad se rompe, dando lugar a que aparezca algo de manera individual. El carácter de unidad y totalidad de la percepción se presenta como una “atmósfera de sentido de la que el objeto está envuelto” (1994: 137). La atmósfera de sentido responde a las expectativas implícitas, irreflejas, ante-predicativas, de mi cotidianidad, no hay propiamente hablando un objeto; por ello, “toda percepción explícita de una cosa vive de una comunicación previa con cierta atmósfera” (1994: 334). La atmósfera no es neutral, sino que está teñida en su espacialidad ambigua por la temporalidad (402), como un ritmo del acercarse y alejarse implicado en mi movimiento en el mundo (301), así como por una dimensión gestual o expresiva en mi relación con los otros (375, 397-398), en la que se percibe su tonalidad sexual (1994: 185). Esta atmósfera de sentido posee un carácter de normalidad, en tanto se desarrolla dentro de lo acostumbrado, es decir, dentro del marco de protensión regular, tal como una expectativa implícita de la continuidad de los horizontes de toda percepción. Sin esta atmósfera de sentido acostumbrado, no podría haber asombro ante las modificaciones de las vivencias o los cambios de regularidades en el mundo percibido. Por ello, la percepción carnal se consolida como habitualidad de la normalidad de nuestra relación con el mundo.

La constitución primigenia que hace posible la normalidad del mundo a partir de una afección dinámica y continua del sujeto, por la que él tiene un haber del mundo, se hace más clara en el cuarto apartado de *Meditaciones cartesianas* (Husserl, 2009: 87-117; 2012: 65-88). En el §30, que inicia la Cuarta meditación, se aclara que la objetividad del mundo, su coherencia, su unidad de sentido solo puedes darte en relación a un sujeto trascendental y no solo considerado psicológicamente. En clara crítica a la postura cartesiana, Husserl se interesa por la constitución del sujeto trascendental, la que solo es posible en razón de la intencionalidad y la dinámica de los horizontes que el mundo brinda. La relación entre sujeto y mundo acontece como “sistema de concordancia de la intencionalidad” que transcurren tanto en la vivencia como del sujeto, y, como disponibles como potencialidades fijas, que se dan gracias a los horizontes del mundo. Así, el ego trascendental es un “cogito fluyente”, que se constituye continuamente a sí mismo como existente en el mundo (§31). Esto significa que el estilo de la percepción carnal del mundo, aunque está mediada por la forma individual y social de trato con el mundo, surge de la dimensión trascendental del sujeto.

En el §32 de las *Meditaciones cartesianas*, Husserl aclara que el ego trascendental se genera como yo de las habitualidades. La relación sujeto-mundo parte de “una legalidad propia de la génesis trascendental”, es decir, en los actos de sentido objetivo se consolida “una *propiedad nueva y permanente*”

(Husserl, 2009: 89; 2012: 66). Si bien es verdad que cada sociedad y cultura podrían tener un determinado estilo de normalidad para la percepción, por ejemplo, de tolerancia para el dolor; se debe reconocer, que la experiencia carnal del dolor implica una alteración de la percepción carnal indolora, a partir del cual se puede ir marcando cualquier relativo umbral del dolor. Esto significa que, aunque la formación de la identidad del enfermo pueda ser diferente, la vivencia subjetiva de enfermedad hunde sus raíces en la apercepción de la anormalidad del estilo habitual de la percepción carnal.

El estilo habitual de la percepción puede variara histórica y culturalmente, pero la existencia de la vivencia del estilo habitual de la percepción carnal, con la constitución de un yo estable y permanente, es la base trascendental de toda variación relativa a la historia y cultura¹⁵. “Al constituirse el yo a sí mismo, a partir de la propia génesis activa, como sustrato idéntico de las propiedades permanentes del yo, se constituye también ulteriormente, como yo personal *estable y permanente*” (Husserl, 2009: 90; 2012: 66). Así, en franca diferencia con la postura constructivista que reduce al sujeto al conjunto de sus roles sociales, nuestra perspectiva enfatiza la dimensión trascendental del sujeto carnal. Toda experiencia del mundo implica una vivencia fundamental de la agencia y propiedad del sujeto carnal. La percepción carnal implica al sujeto y el mundo mediante las habitualidades, como modo de agencia y propiedad carnal o prerreflexiva.

La unidad difusa de los elementos de la percepción carnal permite que cada acción humana implique un estilo de normalidad o anormalidad, claridad o ambigüedad, que puede matizar nuestra percepción del mundo. Así como Husserl señalaba que una alteración de la percepción puede darse como una modificación en la coloración en la vivencia del mundo, también un estado emocional puede teñir nuestra percepción carnal del mundo, como también lo han reconocido Zahavi y Gallagher (2012). “Si estoy deprimido, el mundo parece deprimente; si estoy eufórico, el mundo parece prometedor; si tengo hambre, como observó William James, una manzana parece más grande que cuando estoy saciado” (Gallagher y Zahavi, 2012: 210). El carácter atmosférico de la percepción carnal implica esta repercusión en el aparecer general del mundo y en el modo de la actuación del sujeto; por esta característica bidireccional del carácter atmosférico de la percepción carnal, esta también revela su modo de ser resonante.

El carácter atmosférico de la percepción se da bajo el modo de un impersonal (1994: 255). Este impersonal aparte en la primera etapa de la obra de Merleau-Ponty ligada a la concepción de un cogito tácito (1994: 413),

15 La capacidad descriptiva y explicativa de la habitualidad la ha reconocido bien Pierre Bourdieu, al formar su noción de *habitus* (2007: 85-128).

que en retrospectiva (*Lo visible y lo invisible*, 2010), es aclarada por el mismo autor como un “contrato prerreflexivo de uno consigo mismo” (2010: 154), que debería ser reformado por la comprensión de una vivencia del “mundo del silencio” con “significaciones no relativas al lenguaje” (2010: 154). El fenomenólogo francés parece enfatizar en su segunda etapa de pensamiento una división profunda entre las experiencias pre-lingüísticas, ligadas al mundo del silencio que, no obstante, pensamos nosotros, debe no confundirse con un silencio del mundo. El mundo de la vida, como “Ser bruto o salvaje” (2010: 153), tal como trata de pensarlo Merleau-Ponty, a partir de su interpelación de los trabajos desarrollados por Husserl entre 1920 y 1930, es pre-lingüístico, pero significativo, y esa es una idea que lo acompaña desde *Fenomenología de la percepción*; por ello, retomamos de esta obra la noción de atmósfera de sentido. En este punto, vamos con Merleau-Ponty, para ir en contra de él mismo. La expresividad de las vivencias del mundo pre-lingüístico nos permite reconocer, aún en su carácter impersonal, alteraciones de sentido. De no ser esto posible, no sería posible, por ejemplo, el susto, que es un asombro repentino, pre-lingüístico, por una modificación inesperada y abrupta en la pretensión acostumbrada, y, tampoco sería posible el reconocimiento de una alteración en la atmósfera de sentido, cuando comenzamos a estar enfermos.

Merleau-Ponty nos permite enfatizar la manera en que la percepción carnal implica una totalidad de elementos difusos en su unidad. En esa totalidad difusa de la percepción carnal acontece una atmósfera de sentido, que se compone de expectativas espaciales y temporales, expresivas (como en la comunicación no verbal), sexuales (o, mejor dicho, emocionales). La percepción carnal permite, como dice Merleau-Ponty, “poseer un montaje universal, una típica de todos los desenvolvimientos perceptivos y de todas las correspondencias intersensoriales, más allá del segmento del mundo que efectivamente percibimos” (1994: 340). El carácter habitual de la percepción carnal no es solo afectivo, sino también atmosférico, pues implica todos estos elementos en una totalidad de límites internos difusos. Un gesto no es la percepción de una parte del cuerpo sobre su totalidad anatómica, sino la modificación de una situación, por la que sé que la otra persona manifiesta el agrado que siente por mí o su enojo. Como señala el fenomenólogo francés, “todas las cosas son concreciones de un medio, y toda percepción explícita de una cosa vive de una comunicación previa con cierta atmósfera” (1994: 334). En cada percepción carnal acontece un “nudo de significaciones vivientes” (1994: 168). La percepción carnal nos ofrece una unidad de vivencias prerreflexivas, que se orientan en relación a nuestra vivencia de propiedad y se modifican según la actualización de la agencialidad. Cada acto humano implica la percepción del entorno como un estilo o tipo de vivencia que se abre

a posibilidades de horizontes abiertos. Cuando uno está concentrado, trabajando o esperando que algo ocurra, no se vive una nada absoluta, sino que la situación o “el momento” se nos ofrece como perteneciente a una acción inquietante que nos roba la atención o a una amplitud, angustiante, cómoda o neutral. Cada momento se ofrece como el horizonte previo de toda nueva acción o expectativa.

En el carácter atmosférico de la percepción carnal podemos reconocer en ella ya la dimensión intersubjetiva, como una intercarnalidad. En este sentido, según Fuchs, la dimensión del sí mismo primario social corresponde con la vivencia del sí-mismo-con-otros, basada en la intercarnalidad e interafectividad (Fuchs, 2019: 40).

Por su carácter atmosférico, la percepción carnal se da como una unidad de diferentes elementos que solo en un análisis retrospectivo pueden diferenciarse. Hermann Schmitz también ha resaltado el carácter atmosférico de nuestra vivencia subjetiva en el mundo¹⁶. Según el neofenomenólogo, una atmósfera es “la ocupación extensa de un espacio sin superficie en el área de lo que se vivencia como presente” (Schmitz, 2016: 227). Una atmósfera, además, posee las dos características de una media-cosa (2009: 85); por una parte, su duración es susceptible de interrupción y, por otra, posee causalidad inmediata, es decir, no existe diferencia entre la causa que la produce y el efecto que la manifiesta (Schmitz, 2016: 185-188). Schmitz propone como ejemplo de vivencias atmosféricas, la del sonido y el silencio, del paso de la brisa, de la variación climática y la natación. Con respecto al sonido y el silencio, ellos no provienen de un “en-frente” del sujeto, sino tienen un carácter envolvente que, no obstante, se puede percibir tonos agudos, que se estrechan, o como ritmos que pueden impulsar una sugestión de movimiento que se distiende o rebota, además, pueden sentirse como si se acercaran o distanciaran sin que haya una precisión sobre a dónde van y de dónde vienen. El ejemplo paradigmático de media-cosa propuesto por Schmitz es la voz; pues ella misma es causa y efecto de sí, y su modo de aparecer es intermitente en el espacio vivido, como en el diálogo o al recitar una poesía. Otros ejem-

16 La subjetividad propuesta por Schmitz sería una “subjetividad-a-mí” que solo se puede captar adverbialmente: para mí es subjetivo, lo que a mí me afecta. No obstante, aquí no hay una existencia fija de lo subjetivo, ya que la emancipación personal aporta o procura la objetivación y el distanciamiento de aquel estado primario lleno de significaciones afectivas. Por su parte, la regresión personal aporta, mediante la re-subjetivación de la significación (Grossheim, 2012: 23), una renovación de los estados de emancipación personal. Un ejemplo para esto, podría ser la manera en que una antigua foto familiar, tomada como adorno de la vivienda, y que nos permite explicar la relación genealógica (emancipación personal), también nos abre la posibilidad de convertirse en motivo de llanto o risa al contar los secretos de nuestra vida íntima, esos que casi no se podían mencionar en público y de los que en el momento afectivo solo se pueden expresar con los sonidos de la tristeza o de la alegría (re-subjetivación o regresión personal).

plos, son la vivencia del paso de una brisa, la pesadez desgarradora, el dolor y los sentimientos. Aunque el concepto de media-cosa pueda ser ciertamente discutible, en especial por la noción no crítica de causalidad que implica su segunda característica, a nosotros nos interesa resaltar la primera característica, la de duración por intervalos, para afinar nuestro entendimiento de la vivencia atmosférica.

La percepción carnal se ofrece como una atmósfera de sentido. El sentido atmosférico de la percepción carnal puede tener elementos que se sobrepone a otros o manifestarse con mayor o menor intensidad. En los casos patológicos estudiados por Merleau-Ponty, algunos pacientes han perdido la comprensión semántica, pueden sentir signos y expresiones, pero estas se ofrecen como mudas. “En el normal, el objeto es ‘elocuente’ y significativo, la disposición de los colores ‘quiere decir’ ya algo, mientras en el enfermo la significación tiene que ser traída de otra parte por medio de un verdadero acto de interpretación” (Merleau-Ponty, 1994: 148). Aceptar esta dimensión de la vivencia atmosférica, tanto en su regularidad como en sus alteraciones, nos permite rechazar la tesis constructivista de que la enfermedad solo está en la mirada del médico y no en la experiencia del enfermo, al tiempo que nos permite enfatizar la importancia de la dimensión de la primera persona ante los análisis del naturalismo biomédico.

Uno de los síntomas relacionados a la COVID-19, aún en pacientes con síntomas leves o que después de una prueba han sido clasificados como asintomáticos, es un malestar vago general, acompañado de mialgia (dolor muscular), anosmia (pérdida del olfato) y disgeusia (pérdida del gusto) (Aishwayra et. al., 2020: 24-25). Así, solo por nombrar tres de los muchos ejemplos, Linda Amirat (enfermera francesa de 52 años), recuerda que “las primeras 24 horas [se] sentía muy cansada y tenía fiebre. Posteriormente, perd[ió] el olfato y el gusto” (*France24*, 17 de mayo de 2020). Por su parte, de Joaquín Layme (nombre ficticio de la persona entrevistada por Rafael Sagárnaga) se sabe que “(...) dos días antes de su retorno al trabajo, le vino la fiebre, mucha debilidad y luego ardor en la garganta” (*Los Tiempos*, 15 de mayo de 2020). Así, el escocés, Callum O’Dwyer, relató a la *BBC*, que “[se] quedaba descansando en la cama por seis u ocho horas al día y [le] costaba levantar cualquier cosa”. “Tenía una botella de agua de un litro cerca de mí y me costaba levantarla. Así de débil estaba”, aclarando, además, que él es “un tipo de 28 años que hasta hace poco corría carreras” (*BBC*, 18 de junio de 2020). Es verdad que el malestar general, como cansancio, debilidad, dolor de cuerpo, la pérdida del olfato y del gusto no son los únicos síntomas. También es cierto que ellos no aparecen en todos los casos, pero nos permiten para pensar el inicio de la enfermedad a partir de la vivencia carnal; pues, lo que a nosotros nos interesa es la dimensión vivencia de estos malestares y su

rol dentro de la comprensión del sujeto de la enfermedad. ¿Qué aporta la vivencia de malestar en general, la anosmia, disgeusia y ardor de garganta a nuestro estudio?

El malestar vago y general incide en una deformación de nuestra percepción carnal del mundo. Nuestro organismo se relaciona con el entorno y esa relación no se agota con el uso del lenguaje científico en tercera persona. El malestar general que se presenta en diversos resfriados y gripes se compone de vivencias alteradas de nuestra acostumbrada relación con los otros en el mundo. Puede usted ponerse en situación. Después de haber estornudado en el mercado, siente por la noche algún malestar general, algo difuso, sin que esté asentado en algún lugar específico del cuerpo. Puede que se incremente por la noche y se manifestó nuevamente por la mañana.

La intermitencia de una vivencia nos permite comprender el carácter atmosférico de la percepción carnal de fatiga en la enfermedad. La fatiga se caracteriza por una falta de energía, la vitalidad del sujeto parece disminuir, y esta carencia parece teñir todas las acciones o actividades del sujeto, aunque este consciente de lo que hace. La falta de energía puede darse bien como una falta de motivación, o, manteniendo cierta motivación consciente, se vivencia la carencia de la fuerza para llevar a cabo las actividades. Aunque en la vivencia de la enfermedad, las motivaciones racionales puedan mantenerse aún explícitamente presentes en la conciencia de la persona (saber que debe cumplir tal o cual tarea o labor durante el día), la espontaneidad de la agencia parece disminuir por intervalos durante la jornada. Esta carencia de espontaneidad se manifiesta muchas veces como cansancio, el cuerpo y las cosas parecen más pesadas, se dificulta el trato con los otros. Puede ser más difícil levantarse por la mañana, las fuerzas disminuyen por la tarde y el malestar de la fatiga acomete de nuevo antes de dormir.

La fatiga como falta de energía entorpece la percepción carnal, pues modifica la vivencia de agencialidad en el nivel de la propiedad. En cada acto intencional se puede diferenciar dos formas de agencialidad. Por una parte, se encuentra la atribución de agencia, en la que hay una apropiación explícita de la acción (por ejemplo, si alguien me pregunta si lavé los platos, respondo que sí). Por otra, el sentido experiencia de agencia está relacionado con la acción en el nivel carnal o prerreflexivo, “en el cual tengo la sensación de que me muevo, incluso si no soy consciente de los detalles de mi movimiento” (Zahavi y Gallagher, 2012: 240). En ella se da, como vimos, la dimensión afectiva de la percepción carnal como sentido de propiedad. Esta vivencia implica la certeza prerreflexiva de que “soy yo el sujeto del movimiento en el mundo” en cada movimiento que ejecuto. Esta vivencia es carnal y no conceptual, está estrechamente ligada a la estructura temporal de la conciencia (2012: 242). En la fatiga, se modifica la vivencia del sentido de propiedad.

El malestar en general se torna como cansancio, los objetos que están al rededor suelen presentarse a una distancia mayor a la acostumbrada, aunque su distancia objetiva no sea mayor a la habitual. Los miembros del cuerpo se sienten más pesados de lo habitual, aunque se podría decir de mejor modo, que el peso de los miembros aparece entorpeciendo la habitual normalidad con que se podían alcanzar los objetos cercanos antes del inicio del malestar. Si se quiere levantar algo de la mesa de noche, el objeto parece quedar más lejos, y el brazo se torna ligeramente más torpe y pesado de lo acostumbrado. La distancia al baño parece extenderse un poco más, uno puede sentir que tarda más tiempo en llegar a final del pasillo, la vivencia del tiempo varía. Las perillas de la puerta se giran con mayor dificultad, o empujarlas exige un esfuerzo inusitado. Algún dolor leve que aparece y desaparece en diferentes regiones del cuerpo puede acontecer. No sería extraño sentir brevemente escalofríos o un aumento de la temperatura que se hace presente como un sopor. Con la pesadez adviene una particular lentitud del cuerpo o de la percepción de algunos sucesos. La zona periférica de la mirada parece reducirse y algunos sonidos pueden percibirse como alejados o ser oídos con mayor fuerza.

La vivencia de estos síntomas nos manifiesta la existencia de nuestra vitalidad carnal que en situaciones normales pasa casi desapercibida. En los síntomas, la vivencia habitual del mundo se presenta alterada. La vivencia carnal posee un carácter afectivo, atmosférico y resonante. Nos interesa ahora comprender la dimensión afectiva de la vivencia carnal, es decir, la modalidad de la apercepción carnal como una autoconciencia inmediata de la relación sujeto-mundo.

La vivencia del malestar no solo modifica la manera carnal en que percibimos el mundo, como si eso fuera solo un conjunto de objetos externos a nosotros, sino que afecta también la vivencia del sujeto. De hecho, en esta dimensión carnal de la relación sujeto-mundo, las afectaciones solo pueden ser bi-direccionales. Esta bi-direccionalidad encuentra su fundamento en el hecho que, como señala Roman Ingarden, el sentido pleno de lo constituido “es dependiente de la ‘materia’ y de la ‘cualidad’ de las vivencias constituyentes, y es determinado exclusivamente por estas” (en “Apéndice” a Husserl, 2009: 219). Esto nos conduce a comprender que la percepción del mundo posee un estilo habitual, una modalidad de normalidad, que surge con la constitución del sujeto carnal. La habitualidad perceptiva del sujeto es la manera en que la constitución primigenia se encarna en la relación sujeto-mundo. Según nuestro punto de vista, el estilo habitual de la percepción carnal del mundo es la que se altera en la enfermedad. La filosofía Ágata Bąk, siguiendo a Toombs y Carel (2016), señala que la enfermedad surge con la aparición de sentimiento de pérdida de la integridad, certeza, libertad para actuar y del mundo familiar (Bąk, 2019: 45-49). Consideramos que este sentimiento ge-

neral de pérdida surge a partir de la alteración de la percepción carnal, siendo esta una modificación de la habitualidad del sujeto encarnado.

El estilo habitual de la percepción del mundo, con su normalidad regular, corresponde con lo que aquí denominamos percepción carnal. La percepción carnal corresponde con la manera en que el mundo se ofrece de un modo habitual al sujeto encarnado. En el estilo habitual de la percepción encarnada no solo está en juego el modo en que el mundo se presenta, sino la afección atmosférica del sujeto. Esta afección atmosférica habitual se manifiesta como una memoria-carnal [*Leibgedächtnis*] (Fuchs, 2017: 129). La memoria-carnal no es propiamente un recordar, sino consiste en la experiencia en forma de disposición de la percepción y de comportamiento. La memoria carnal, podríamos decir, es la incorporación del estilo habitual de la percepción carnal. El concepto de memoria-carnal describe la conexión correspondiente del entorno con la persona encarnada como sujeto de costumbres o capacidades (cf. Fuchs, 2017: 130). En la percepción carnal se da una aperccepción del estilo del mundo y del estilo de mi afectación por el mundo como normalidad regular. Cuando el estilo habitual de la percepción carnal se torna anómalo, por una modificación en la afección o en la acostumbrada armonía de la atmósfera de la habitualidad, se genera la sensación de enfermedad.

3.2.4. Carácter resonante del estilo habitual de la percepción carnal

La vivencia atmosférica carnal del clima deja revelar su carácter afectivo resonante. Resonancia no refiere solo a la prolongación del sonido, que se va disminuyendo por grados, como lo expresa el uso común en nuestra lengua, sino, como vivencia de la relación entre subjetividad pre-egológica y mundo. El concepto de resonancia nos sirve para caracterizar el modo de la relación carnal entre sujeto y mundo. A diferencia del eco, donde se da la reduplicación de una sola voz, en la experiencia resonante acontece la vivencia de reciprocidad de participantes, como en un coro. Resonancia es un concepto que refiere una relación, no una materia o sustancia, e identifica la relación entre sujetos y el mundo. La vivencia es la de un medio vibrante u oscilante, conocido como espacio de resonancia, según propone el filósofo de la sociedad Hartmut Rosa en su célebre libro *Resonancia* (2017: 285).

Según Rosa, la relación-mundo-resonancia no es estado sentimental, sino un modo de relación (2017: 288), una relación responsiva. En este sentido, una experiencia resonante puede ser melancólica o alegre, generando por igual una bien establecida experiencia de relación con los otros y con el mundo. En la experiencia resonante, el mundo se experimenta como parte de una relación bidireccional, como si el mundo realmente respondiera. Según Rosa, “[l]as experiencias de resonancia sólo son posibles cuando actuamos

de acuerdo con nuestros valores fuertes, donde nuestros mapas cognitivos y evaluativos convergen con nuestras acciones o nuestro ser” (2017: 291), sin que tenga que mediar una dimensión reflexiva, agregamos nosotros. En este sentido podemos decir, que la resonancia es una de las características de la percepción atmosférica carnal normal, es decir, de la formada por la habitualidad de la vivencia encarnada.

Podemos señalar, que tanto en el caso del clima como en el del sonido, su carácter atmosférico lleva una confusión entre nuestra corporalidad y el entorno. Un ejemplo interesante al respecto podría ser el tinnitus, cuya vivencia se caracteriza por “oír” un zumbido, cliqueo, rumor o silbido, puede, cuando no es patológico, simplemente mantener su ambigüedad en la localización del sonido, como si viniera de afuera del oído, pero al acompañar toda escucha, se siente también como dentro de él.

En el caso de la enfermedad, el carácter atmosférico de la relación carnal del sujeto y el mundo puede acontecer con exceso, en el caso de que la luminosidad y la sonoridad del mundo se torne molesta y agobiante, o, por el contrario, puede acontecer como defecto o falta. En este sentido, Rosa propone el término “relación-mundo silenciosa”, que es un modo negativo del carácter resonante de la percepción atmosférica carnal. Uno de los síntomas regularmente característico de la COVID-19 es la pérdida del olfato y del gusto.

Muchos pacientes han reportado la pérdida temporal del gusto y del olfato como uno de los síntomas de la COVID-19 (Izquierdo-Dominguez, et. al., 2020). Así en algunas entrevistas presentadas en televisión, se puede apreciar la sorpresa de esta sensación. Por ejemplo, Crispín Trujillo (*Bolivisión*, 30 de julio de 2020) recuerda: “Normalmente aseo lo que es mi baño (sic), entonces tengo mi detergente que huele mucho, entonces ya no sentía nada. Probé Mentisan¹⁷, el botecito (sic) verde y nada”. Por su parte, Franco (*Bolivisión*, 29 de julio de 2020) narra: “Me di cuenta el día de mi cumpleaños, justo era el 24. Me lo han traído tortita, yo quería saborearla, pero no sentía el sabor. La Coca-Cola tomar, era como tomar un refresco de cola super estirado con hartos hielos, y yo no sentía nada”. Trujillo y Franco son dos pacientes que fueron diagnosticados con COVID-19. Sus testimonios dejan notar la sorpresa anejada a la vivencia de “nada” del olfato y del gusto. ¿Qué es esta “nada” que aparece como síntoma en la COVID-19? Ella es una vivencia de “anormalidad” o modificación de la atmósfera del entorno. Esta anormalidad tiene el modo negativo del carácter resonante del estilo habitual de la atmósfera perceptiva carnal.

La vivencia muda del mundo cuando la resonancia no se efectúa es denominada por Rosa con el término “relación-mundo-silente” (2017: 234, 316). Esta vivencia es un tipo de alienación, en la que el mundo y el sujeto carnal

17 Ungüento de menta que se utiliza para descongestionar las vías respiratorias.

pierden su relación resonante. Según Rosa, la falta de resonancia genera una vivencia de alienación, en la que el sujeto y el mundo son indiferentes u hostiles el uno al otro. Esta alienación puede tener un modo repulsivo, como pudimos observar en el malestar, o, el modo de “nada”, como en la falta de gusto u olfato. En la alienación, el mundo se ofrece como mudo, aparece frío, rígido, repelente y sin respuesta. La pérdida del olfato y del gusto en la COVID-19 nos permite percatarnos de la “invisibilidad” atmosférica de nuestra percepción carnal que fundamenta nuestra relación con el mundo. La resonancia del mundo es parte de la percepción carnal normal. Es precisamente la “normalidad” o “habitualidad”, la expectativa implícita de la realización del “yo puedo”, del estilo atmosférico de nuestra percepción, la que se altera en el inicio de una enfermedad. De ahí que en el inicio de la enfermedad se sienta un ligero malestar que no se puede precisar, aunque se manifieste como una “sensación” de “anormalidad” („algo es diferente”, „algo no está bien”) en nuestra relación con el mundo. Esto significa que en el inicio de la enfermedad la constitución de los horizontes perceptivos puede sentirse modificada o alterada, y tal modificación puede o no desarrollarse hasta convertirse en un impedimento para las acciones.

Hasta aquí se ha tratado de explicar y describir los tres caracteres afectivo, atmosférico y resonante de la percepción carnal como fundamento de la constitución del estilo habitual de la relación sujeto-mundo en un nivel prerreflexivo. La constitución del estilo habitual de esta percepción es incorporada por el sujeto como una memoria-carnal, como hábitos, capacidades y sentido de propiedad y agencialidad. Ella forma el oleaje que acompaña toda acción consiente o reflexiva de la persona. Cuando el estilo habitual se altera, el sujeto encarnado percibe una modificación que puede tener el carácter de novedad o de alienación en su relación con el mundo.

Si comprendemos etimológicamente el término enfermedad, como *in-firmitas*, su sentido indica “falta de firmeza”. Según nuestra propuesta, lo que en la enfermedad deja de ser firme es el estilo habitual de la percepción carnal. Nuestra primera caracterización de la enfermedad es esta alteración del estilo habitual de la relación prerreflexiva del sujeto y el mundo. La vivencia del malestar acontece como una alteración del tipo de percepción regular de la relación sujeto-mundo. Esto quiere decir, que la enfermedad inicia como una alteración o anomalía en el estilo habitual de percibir carnalmente el mundo. Esta primera alteración se da como una modificación de la percepción de la distancia de las cosas, de su peso, de su resistencia, de la agilidad del movimiento del cuerpo en el mundo. En el malestar general, todavía vago, y a veces difuso, se tiene la vivencia de que algo se ha hecho diferente, extraño, diferente o raro. En este sentido, la dimensión senso-motórica del sujeto encarnado se ve afectada de modo diferenciado, modulando

con una valencia negativa la agencialidad, aunque sin perder la certeza del carácter de propiedad. No es fácil identificar si la modificación corresponde al sujeto, que se ha debilitado, o el mundo se ha modificado; de ahí su relación carnal prerreflexiva. Por lo tanto, la enfermedad es una falta de la firmeza en el estilo habitual de la percepción carnal, en la que vivencia del mundo y del sujeto encarnado se modifican. La enfermedad no está dentro del sujeto, ni en sus órganos, sino en la alteración o alienación de su relación con el mundo. No obstante, esta primera manifestación de la enfermedad, que altera la percepción carnal del sujeto con el mundo, tiene repercusiones en la dimensión personal del yo narrativo. Nos interesa abordar brevemente este desarrollo, para comprender mejor la enfermedad como situación de la persona encarnada.

3.3. Estructura de la persona encarnada y la enfermedad como situación

Lo que en el previo desarrollo del presente trabajo hemos denominado percepción carnal nos permite comprender la relación prerreflexiva con el mundo, como la sedimentación del estilo habitual de nuestra remisión a los otros en el mundo, tomando como características suyas la afectividad, la armonía atmosférica de sus elementos y su resonancia. La vivencia prerreflexiva influye en la dimensión personal del ser humano, siendo aquella el suelo nutricional de la personabilidad, entendida esta como la forma de vida restrictiva a la persona humana. La personabilidad se compone de los rasgos que forman el modo de ser de la persona en tanto ser vivo humano; en ella se enmarca el rendimiento de la situación interpersonal (Schmitz, 2015; 2016), compuesto este de tres modos del sí mismo personal, el reflexivo, el narrativo y el existencial (Fuchs, 2019). Cada una de estas dimensiones puede encontrarse afectada, modificando la dimensión personal y la convivencia humana. De hecho, algo que comienza como una molestia o modificación en la percepción carnal, puede desarrollarse hasta interferir en alguna o todas las dimensiones de la persona, convirtiéndose la enfermedad en una situación que altera la convivencia humana. En este sentido, la enfermedad no es algo en el paciente, sino una situación en la que la persona se encuentra.

La COVID-19 nos permite pensar la enfermedad como una experiencia que no se restringe solo a la dimensión corporal, aunque el proceso de contagio e infección puede relatarse en la perspectiva de la tercera persona. Como propone Carel, “la idea de que las causas de la enfermedad (*disease*) son patógenos o el comportamiento humano y que la enfermedad (*disease*) puede ser exhaustivamente atribuida en el lenguaje de la tercera persona ha llevado a muchos profesionales de la salud y tipos de formación médica y sanitaria a centrarse en la enfermedad (*disease*)” (Carel, 2016: 16), dejando de lado la

enfermedad como afección doliente (*illness*) como experiencia en perspectiva de primera persona¹⁸. Esta manera de proceder resulta muchas veces ingenua y deficitaria para la comprensión y tratamiento de la enfermedad, pues ella se vive siempre en un estado de constitución de la percepción e interpretación. De hecho, la manera de exponer el desarrollo de la pandemia como un agente patógeno con una velocidad poco común de contagio en organismos vivos, que en un porcentaje relativo al 5 o 10 % puede llegar al deceso, es una forma de relato que no solo describe un proceso a-subjetivo, sino que implica un esfuerzo por modelar la comprensión de la humanidad. En este sentido, como acertadamente ha enfatizado Laín, aunque animal y humano pueden estar enfermos, solo la persona puede saberse enferma y padecerla como una situación propia. Desde nuestro punto de vista, cuando la enfermedad ha llegado a teñir la situación personal, se convierte en, lo que Carel denomina como una ruptura en el sentido de de vida de la persona, ya que se produce una disrupción en los hábitos, expectativas y habilidades, las estructuras significativas se desestabilizan, llegando incluso a destruir el sentido de la vida (2016: 14-15). No obstante, la falta de sentido de la enfermedad solo puede ser comprendida en relación directa con las dimensiones de la constitución de sentido, que hemos visto en la estructura de la percepción carnal y en la organización de la personabilidad que deseamos exponer. En este sentido, nuestra postura se asemeja más a la de Fuchs, quien considera que toda enfermedad está relacionada a un trastorno del sí mismo, sea en su dimensión prerreflexiva o personal (2019; 2017).

3.3.1. Dimensión afectiva, propio-corporal e interpersonal de la enfermedad como situación

Nos interesa comprender la enfermedad como situación interpersonal, es decir, en el modo en que afecta la estructura de la personabilidad. Debemos partir nuevamente de los testimonios. Una de las pacientes infectadas, Paola Parada (boliviana), recuerda el modo en que la enfermedad se manifestaba en medio de sus ocupaciones cotidianas.

En medio del trabajo hace unos días sentí una falta de aire y mucha fatiga. Creí que se debía al trabajo, a la angustia, al estrés, pues 400 personas estuvimos tra-

18 La diferencia entre afección (a veces dolorosa) y enfermedad la reconoce también, según vimos, algunas posturas de la biomedicina naturalista. No obstante, ellas suelen concentrarse en las explicaciones causales de la dolencia, dejando de lado el sentido o la estructura de la vivencia de la enfermedad. En el estudio de la vivencia encuentra la fenomenología de la enfermedad su terreno de investigación. Bajo nuestra perspectiva, el malestar corresponde con el nivel inicial de la enfermedad, desarrollándose esta en la dimensión personal de la persona.

bajando a contrarreloj. Luego, me vino mucho dolor de cabeza y un dolor abdominal muy, pero muy fuerte. Posteriormente tuve fiebre, que llegó a 37,2 grados, y escalofríos; no sufrí mayores problemas en la garganta o mucha tos. Decidí entonces aislarme del trabajo para ver si tenía más síntomas, por cinco días, y hacerme la prueba. Di positivo y me vino entonces mucho miedo, me vino la idea del riesgo de perder la vida. (*Los Tiempos*, entrevista 15 de mayo de 2020)

Otro paciente, el reverendo Jadon Hartsuff (estadounidense), recuerda que un día se sintió particularmente cansado, suponiendo que era por la exigencia del trabajo, tomó una siesta y al día siguiente, “en el gimnasio, le dolían los huesos. Se sintió fatigado, febril y un poco mareado” (*The Washington Post*, 26 de marzo de 2020). El entrevistado afirma que “[l]e decía a la gente que [se] sentía fofo, como trapo”. Los médicos que atendieron el caso del paciente escocés O’Dwyer señalan la fatiga crónica como un mal presente en los casos de COVID-19, y que sería común a diferentes enfermedades virales.

El testimonio de Parada presenta una estructura típica que nos interesa resaltar. La enfermedad pocas veces, como en el caso de accidente, inicia de golpe. Generalmente esta inicia con un malestar que no produce un impedimento inmediato, ni siquiera en su anormalidad se la asume como una enfermedad. En la vivencia hay todavía un carácter intermedio entre la normalidad y la disrupción; precisamente, porque nuestra percepción carnal es suficientemente flexible para admitir modificaciones en su estilo habitual, pero sin dejar pasarlas por completo por alto como novedades. Por esta razón, aunque la enfermedad puede tener por sí misma un carácter inaugural, se presenta en doble sentido in media res, en desarrollo de nuestra vida saludable y como algo que ya había iniciado sin que pudiéramos advertirlo claramente en su momento. De ahí que sus hitos narrativos son la rutina del trabajo, la vivencia de extrañeza (falta de aire y fatiga), y la re-integración de la novedad en el contexto de la rutina (creí que se debía al trabajo).

Que la persona siente una vivencia que debe integrar reflexivamente en mayor o menor medida a su rutina (las condiciones laborales, cambios climáticos, etc.), significa el reconocimiento de una anormalidad en la situación existencial propia. Esta modificación o alteración en el estilo habitual de la percepción carnal, posee un carácter no solo afectivo, sino también reflexivo, vocativo, intersubjetivo y narrativo. Afectivo, por la naturaleza de la percepción carnal. Reflexivo, pues exige prestar atención particular al propio cuerpo. Vocativo, pues la atención del propio cuerpo se convierte en una preocupación por la sensación de alteración y constatación de la modificación. Intersubjetivo, pues la situación de la enfermedad compromete al individuo como a su entorno personal inmediato. Narrativo, pues las vivencias carnales encuentran en las narraciones personales y sociales un ámbito de mediación que merece ser tomado en cuenta. Vamos a desarrollar estas características

de la persona carnal que vive la enfermedad como una situación. Dicho de otro modo, las características de la enfermedad de la persona encarnada, señalan que esa afección es una situación. La enfermedad no está en la persona, sino la persona en la enfermedad. Abordemos estas características.

Como persona carnal, según vimos, estamos afectados y resonando atmosféricamente con los otros y el mundo. En este sentido, estamos en “cuerpo y alma”, “en carne propia”, en las ocupaciones cotidianas. ¿Dónde está el cuerpo (*Leib*), cuando estos “en cuerpo y alma” en el tema del debate, en el trabajo absorbente, en el juego atractivo? La postura de Heidegger, partiendo de la diferencia propuesta por Husserl entre cuerpo sentido (*Leib*) y cuerpo orgánico (*Körper*), que tiene sus límites en la piel, es que en cada actividad nuestro cuerpo sentido participa. “Estar ‘en cuerpo (L) y alma’ en algo significa: mi cuerpo (L), mi estar sentado en la silla aquí, es de acuerdo con su esencia siempre ya un estar-allá en medio de algo. Por ejemplo, mi estar-aquí significa: verlos y oírlos a ustedes allá” (Heidegger, 2013: 161; 176). Esto, en nuestros términos, es posible por la percepción carnal. Esta estar “allá-en”, “allá-con”, el propio cuerpo no aparece de manera central en el horizonte perceptivo, participa, pero no es lo percibido. De manera diferente, la actividad cotidiana se interrumpe con la alteración de la percepción carnal, y más aún con la dolencia.

Sea con el dolor de cabeza, garganta, huesos o espalda, nuestra remisión al mundo se altera y se convierte en un sentir amplificado del propio cuerpo. Comenzamos a percibir partes del cuerpo que no sentíamos. La vivencia espacial desplegada en el mundo se ve alterada, por una percepción de lugares del cuerpo. El cuerpo se objetiva, se convierte en una parte doliente que sobresale frente a otras. Hay una doble sensación de alienación o extrañamiento y propiedad en el dolor. La zona que duele lo hace con independencia de mi voluntad, se convierte en un cuerpo sentido y no solo sentiente, y es inmediatamente reintegrada en mi unidad, como parte de mí, por lo que es un cuerpo sentido propio. Por eso, en el dolor, el cuerpo propio se torna “visible“, sale de su silencio cotidiano e interfiere nuestra remisión al mundo, como algo que interfiere no desde afuera de nosotros, sino como parte nuestra.

Recuperamos de manera independiente el término de islas-propio-corporales (*Leibinseln*) propuesta por Hermann Schmitz para destacar esta manera en que el cuerpo aparece en una auto-afección dolorosa (2015: 92-102; 2011: 2-4, 16-18, 65-68). En el “silencio” de nuestra carne desplegada en el mundo, emerge el dolor epicrítico, agudo, tenso y contractivo, de una punzada. Este dolor nos hiere, pellizcando, atravesando, doblegando. Su duración suele ser corta y puede tener un ritmo iterativo. De manera opuesta, el dolor puede ser protopático y acontecer como una zona que irradia un oleaje doloroso, romo, una hinchazón que tensa. El dolor protopático puede

darse en la región del abdomen, en la cabeza, cambiando ampliándose, moviéndose, como una carga. Estos dos tipos de dolores pueden emerger del cuerpo propio en diferentes lugares, sin circunscribirse a los límites de la piel y puede asentarse en regiones que por definición no se sienten, como cuando coloquialmente se habla de “un cosquilleo en los pulmones”, un “dolor en hígado”, una “punzada en los riñones”, un “retumbar dentro de la cabeza”. Aunque Schmitz busca rechazar toda relación reflexiva con el dolor, enfatizando su manifestación pura, independiente de los cinco sentidos y el cuerpo visto, nosotros deseamos integrarla al cuerpo orgánico.

Después del dolor, o durante su duración, suele comenzar una exploración del cuerpo, buscando dónde está el dolor. Palparse a sí mismo, esta forma inquieta y enérgica, o cuidadosa de auscultarse, o de frotarse, acariciarse, rasparse, no solo es un esfuerzo por tocar el cuerpo orgánico, sino un intento de contener a uno mismo en el dolor y de aislar la zona dolorosa con las manos. El dolor se manifiesta como la acción real de percibir el propio cuerpo, y el frenético, o cuidadoso, palpar la zona dolorosa-dolorida se presenta como un esfuerzo por restituir el silencio carnal previo, por modificar un poco la descripción de Bergson (*cf.* 2013: 69-71, 239-241). El dolor, sea en su modalidad epicrítica o protopática, es un fenómeno que alcanza, que afecta, que atinge a la persona encarnada. Este carácter de algo que me toca o me alcanza (*cf.* Schmitz, 2001; Serrano de Haro, 2015; Grüny, 2004) en la intimidad de mi carne, permite que la unidad perceptiva carnal sujeto-mundo ceda el paso a una región corporal que se torna extraña, autónoma, hinchada, enrojecida, en fin, enrarecida. En su extrañeza, esta región del cuerpo se mantiene en la región general de mi propiedad. No se pierde el sentimiento de propiedad, pero aparece una agencialidad compleja, pues se da la vivencia de algo involuntario.

La noción de cuerpo propio implica la vivencia de objetivación del cuerpo, una relación reflexiva de la persona carnal con una parte de su cuerpo. El espacio poco atendido de la garganta se torna una vivencia de contracción e hinchazón, cuando al tragar saliva se reconoce el inicio de una faringitis. Así también el dolor de la pierna que nos hace cojear, verificando las partes que todavía se brindan para el apoyo y hace complejo el caminar, modificando la percepción de la distancia de los miembros inferiores. El dolor abdominal nos hace doblar, volver sobre nosotros mismos o nos impulsa a extendernos, aunque por lo general, se da un movimiento continuo de contracción y ampliación, como expresión de una huida imposible (Schmitz, 2001; Serranos de Haro, 2015), pues el origen del dolor está en uno mismo.

En el dolor, síntoma común en la COVID-19, la subjetividad de la persona encarnada se hace reflexiva. Se vuelve sobre sí y se encuentra el extraño sustento mecánico de las articulaciones, la pérdida de fuerza muscular, la irritación de los nervios, la agudeza del dolor de dientes, el sangrado menstrual

como fluir de hembra, por ejemplo. En cada uno de estos casos que se toman como muestra, acaece un extrañamiento de la carne, sin que se produzca una alienación plena de ella, generando sí el cuerpo propio. Toser y estornudar, aunque no son necesariamente fenómenos dolorosos, irrumpen con su agencia impersonal en medio del silencio “normal” del cuerpo. Esta capacidad de reflexión de la carne posee una dimensión intersubjetiva, pues la persona encarnada no solo tiene la certeza de su dolor, o de la molestia o autonomía impersonal de su cuerpo propio, sino también la conciencia prerreflexiva que el otro no es sujeto de mi aflicción.

Pedro Laín Entralgo propone que la enfermedad es una pasión afectiva, en la que se implican cuatro sentimientos, de aflicción, amenaza, soledad y recurso (1966: 64). Ante esa concepción, nosotros enfatizamos en esta parte, que además posee un carácter reflexivo e intersubjetivo, que da cuenta al unísono de los sentimientos vitales de aflicción, soledad y reconocimiento del otro. Consideramos, pues, que el malestar y el dolor son dos formas reflexivas que la enfermedad posee para afligir y poner en situación solitaria a la persona encarnada. El carácter reflexivo de la aflicción queda ya claro por lo analizado en la percepción carnal. Por su parte, la enfermedad como dice el mismo Laín, nos enfrenta a la soledad, no solo porque pueda aislarnos de los otros (como en la necesidad de la cuarentena), sino también porque en ella, el enfermo “fija su atención sobre sentimientos que él y solo él puede padecer” (Laín, 1966: 67). No obstante, nosotros encontramos la enfermedad con cualidades de una situación, que solo remiten a la persona canal individual, para volver a encontrar en ella, la remisión a los otros.

Como acertadamente señala Fuchs, el carácter que reflexivo e intersubjetivo de la enfermedad se encuentra en las emociones que poseen esa características, vergüenza, culpa y orgullo (Fuchs, 2019: 41-42). En la experiencia de la COVID-19 se hace reconocible, que una enfermedad infecciosa pone en situación de vergüenza y culpa a quien conscientemente la padece o cree padecerla. Dicho brevemente, en la vergüenza, el avergonzado siente las miradas de los otros sobre sí, se siente apuntado por los otros, reconociendo una actitud de la alterada sobre sí mismo; porque, al tiempo que prerreflexivamente sabe que los otros no padecen lo que él está padeciendo, sabe que los otros pueden descubrir su malestar o su dolencia. En este nivel del reconocimiento de la propia enfermedad y de la actitud del otro, no solo juega un papel central la intersubjetividad carnal, explicada con anterioridad.

Consideramos, pues, que la dimensión reflexiva de la enfermedad, en la que emerge de la carne el propio cuerpo, no solo es afflictiva, sino también intersubjetiva o interpersonal. Esta dimensión intersubjetiva implica no solo la empatía primaria, ligada a la intersubjetividad de la percepción carnal, ya descrita antes. La intersubjetividad juega un papel importante en la dimen-

sión personal de la enfermedad. Esta intersubjetividad aparece como empatía emotiva y cognitiva, pues permite que el enfermo pueda reconocer la situación y los estados mentales de las otras personas, y así considerar si estas pueden ayudarle, ser indiferentes o actuar negativamente contra él (Zahavi y Gallagher, 2013: 287; Fernández-Pinto et. al., 2008: 285-286). A esta capacidad de reconocer o percibir las intenciones de los otros asociamos las emociones de vergüenza, culpa y orgullo. Estos estados suponen una determinada gestualidad en el enfermo, en el modo en que él no desea dejarse ver enfermo, y busca ocultar sus dolencias, o, por el contrario, busca resaltarlas, bien para pedir sincera ayuda, o, buscar algún provecho. Anejo a estos tres sentimientos reflexivos, nuestro análisis descubre el sentido de responsabilidad, que aparece especialmente junto a la vergüenza y culpa, cuando la enfermedad es de carácter viral y el sujeto es capaz de contagiar a personas importantes para él. El carácter intersubjetivo de la vivencia de la enfermedad implica, por lo tanto, la percepción de la valoración de los otros sobre uno mismo, lo que exige comprender la vivencia morbosa en relación con las valoraciones sociales organizadas. Esto nos conduce a la segunda dimensión personal de la enfermedad como situación, ella implica una relación con el yo narrativo.

La irrupción de la enfermedad en la carnalidad del sujeto, revelando en él su cuerpo propio, le exige una modulación de su comportamiento; camina extrañamente recto para que no se note el dolor, o sintiéndolo profundamente, se encorva sin percatarse de su cambio de postura, o se acostumbra a ella. El enfermo de un modo u otro, arbitraria o involuntariamente, modifica su expresividad en el mundo; cobra un rostro que puede o no ser convertirse en un nuevo rol. Aún antes de ser explícitamente una narración, la enfermedad por ser una situación, puede modificar los roles de las personas cercanas al paciente. De hecho, la idea de paciente, como aquél a quien un malestar le afecta, implica la diferencia con los otros que a su alrededor le pueden favorecer, empeorar la situación o ser indiferentes.

3.3.2. Dimensión narrativa de la vivencia de la enfermedad como situación de la persona encarnada

La enfermedad tiene un carácter narrativo, en la medida en que es un fenómeno dramático. Dramático en el sentido de acción en un entramado de personas. Narrativo, en la medida en que se busca constantemente aclarar lo que ha sucedido, responder a dimensión vocativa de la enfermedad, ¿por qué yo?, ¿por qué ella?, ¿por qué ahora?, ¿cómo salir de esta situación? Las enfermedades son parte de la vida, forman parte de la comprensión de nuestra existencia, y deberían formar parte de cualquier fenomenología de las etapas de la vida. Fiebre e infección en los niños suelen ser comunes como

parte de su desarrollo orgánico, pues lo orgánico es una forma de narrar nuestra existencia personal. El inicio de la menstruación, que, si bien no es una enfermedad, suele estar aparejada con la novedad del dolor, la maduración sexual, y posteriormente la autonomía y responsabilidad de la mujer sobre su cuerpo, además de mediar parte de la faceta de su sexualidad, sin dominarla por completo. La depresión y el estrés que formaban parte de las enfermedades de adultos, se convierten cada vez con mayor frecuencia en una situación aflictiva juvenil. La demencia se ha ido asociando cada vez más a la vejez, así como la debilidad y vulnerabilidad. Este último ejemplo permite comprender las medidas de cuidado y de encierro obligatorio al que muchos adultos mayores se han visto obligados, dando en muchos casos respuestas de rechazo, por sentirse relegados o violentados en su autonomía y madura vitalidad. La experiencia de la COVID-19 puso sobre la mesa la diferencia etaria y la diferencia biológica del sexo, en los muy conocidos y ya citados cuadros de porcentajes de infectados. Por su parte, la variada respuesta orgánica y la dificultad para determinar síntomas que sean restrictivos a la COVID-19, más el número de casos asintomáticos, ha servido de base para comprender la importancia de la individualidad orgánica y su relación con la comprensión de la enfermedad.

La enfermedad como situación tiene por lo menos dos niveles narrativos que deben ser diferenciados. En primer lugar, la narración en relación a la persona individual, susceptible de la enfermedad y su entorno inter-personal. En segundo lugar, las narrativas en torno a la enfermedad. Generalmente, los análisis constructivistas mezclan los dos niveles, y las posturas naturalistas, simplemente los pasan por alto. A nosotros nos interesa enfatizar la interdependencia de los dos niveles.

Cuando señalamos la dimensión reflexiva e intersubjetiva de la enfermedad, llegamos a la verificación que ante el malestar, dolor sentidos y la enfermedad confirmada (como cuando un paciente recibe el indeseado “positivo”), la actitud de la persona gestualiza la afirmación o negación de su estado. Mostrarse más fuerte o más débil de lo que en realidad se está, para no asustar a la familia o mantener el trabajo, es ya una reacción ante las posibles actitudes de los demás. El sentimiento de vulnerabilidad, que surge a causa de la modificación de la alteración del estilo habitual de la percepción carnal y de la alteración personal que se desarrolla por el carácter aflictivo y reflexivo de la enfermedad, exige una respuesta por parte del sujeto que padece. Esta respuesta es personal y narrativa, en la medida en que proyecta cómo reaccionarán los demás y cuestiona los modos y causas de la enfermedad.

Son conocidas las cinco fases o etapas del duelo propuestas por Kübler-Ross, siendo estas la negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación, aunque algunos autores señalan, que la clarificación de cada etapa

no implica un acuerdo entre los investigadores (Ávila y Moral de la Rubia, 2013). A nosotros nos interesa detenernos momentáneamente en la importancia de la primera etapa, la negación.

Si bien en la negación podría verse no solo el rechazo cognitivo a aceptar y reconocer el hecho de la enfermedad, en ella podríamos también remarcar una protección ectpática. El psiquiatra J. L. González de Rivera y Revuelta ha propuesto el término ecpatía como una modulación de la facultad empática de la persona. El psiquiatra español caracteriza la ecpatía como “la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva, y nos permite no dejarnos arrastrar por las emociones ajenas, un riesgo que corren las personas excesivamente empáticas” (González de Rivera y Revuelta, 2005: 7). En este sentido, la ecpatía sería una forma de control intencional de la subjetividad interpersonal, cuyo objetivo sería evitar la inducción de estados emocionales por otra persona, tanto en el caso voluntario de la manipulación, como no arbitraria, en el caso de “contagio emocional o histeria de masas” (González de Rivera y Revuelta, 2005: 7). Desde nuestro punto de vista, en los testimonios que hemos referido, se puede apreciar el intento de mantener un nivel de objetividad y fortaleza frente a la enfermedad que en muchos casos está ligado al carácter irreal de estar enfermo, con la consecuente tendencia a pensar que “uno no puede estar enfermo”, que la anomalía vivida debería deberse al exceso de trabajo, presión, estrés, cansancio u otras causas.

La negación como ecpatía implica adoptar la perspectiva de los otros, anticiparse a sus reacciones, considerar sus valoraciones o las valoraciones sociales, como contexto para modular la propia reacción. En este sentido, muchos pacientes prefieren adoptar una postura, podríamos decir, estoica, en la que se esfuerzan por mostrarse fuertes y responsables ante la evidencia de su vulnerabilidad. Naturalmente, también se sabe de pacientes que, por el contrario, se hunden en la aflicción y la reflexividad individual de la enfermedad, o comprendiendo la pena de sus allegados, o la valoración negativa de la sociedad, se deslizan en la tristeza. Estas dos tendencias extremas, del sobreponerse a la enfermedad, tratando de dominarla, o de dejarse hundir por y en ella, poseen diferentes matices que varían según el individuo. La negación ecpática o, en el otro extremo, la aceptación heroica o trágica pueden ser comprendidas como un acontecimiento dramático en la vida de la persona encarnada.

Hermann Schmitz ha propuesto que estos dos extremos señalados, no obstante, pueden darse en una misma persona, según la capacidad que tenga para mantenerse en el nivel personal o dejarse arrastrar por la fuerza pre-personal de la carnalidad auto-afectiva. La perspectiva de Schmitz presenta, a diferencia de la antropología moderna de la persona, al hombre como un ser frágil [*labiles Wesen*], que se encuentra en cada caso entre la sensatez [*Be-*

sonnenheit] y la consternación [*Bestürzung*]. “En la antropología de Schmitz, el hombre no se fija como una imagen (un retrato, una fotografía), sino que es comprendido como un acontecimiento dramático (...)” (2012: 22), como aclara el profesor Michael Großheim. La aceptación o rechazo de una enfermedad es un acontecimiento dramático, pues el hombre debe volver a comprenderse a partir de una novedad, más o menos decisiva en su vida, lo que implica la convivencia con otros. En este sentido, gracias a la enfermedad, la vida humana puede comprenderse como una compleja dinámica que se mueve entre lo personal y lo pre-personal. Esta acción dinámica se desarrolla como la relación dinámica entre dos tendencias, la emancipación y regresión personales. La relación dinámica entre regresión y emancipación personales no posee un estado estable, sino dinámico, es decir, dramático. La relación dinámica entre la emancipación y la regresión personales forma niveles o estilos permeables. Ellos son la distancia irónica, la imperturbabilidad estoica [*Unerschütterlichkeit*], la histeria o la necedad [*Albernheit*] (Großheim, 2012: 24). Parece ser verdad que, en la enfermedad, la persona encarnada puede cobrar mayor conciencia de las repercusiones que tienen en su vida las vivencias pasivas o involuntarias. No resulta difícil pensar en las diferentes reacciones sociales a partir de estas tres respuestas primordiales propuestas por Schmitz, sin embargo, por las limitaciones del presente artículo, no podemos sino mencionar esta apertura a la afectividad colectiva como reacción a la enfermedad.

La enfermedad en su nivel dramático primario implica una tensión con uno mismo, entre la dimensión persona y pre-personal. Ahora el cuerpo enfermo se presenta frente a uno mismo, bien como un órgano canceroso, bien una infección como la provocada por la COVID-19 o la pérdida del ajayu. Algo en el cuerpo se hace extraño, se aliena sin enajenarse por completo, pierde su resonancia. Esta vivencia ocupa a la persona encarnada tanto en su individualidad, como en la responsabilidad con los demás. Todas estas vivencias que pueden mantenerse en el nivel de la comunicación no verbal, como no hablar de la enfermedad, pero tener que lidiar con los cambios que provoca en la rutina diaria, en la interacción con los otros, con uno mismo, o como en el forzar el cuerpo para que parezca no tener modificación alguna. No obstante, la presión que ese silencio del nivel dramático puede tarde o temprano pasar a la dimensión lingüística, adoptando estructuras ciertamente socializadas por la identidad narrativa.

3.3.2.1. Narrativa de la enfermedad como situación

La persona debe dejar comprender su enfermedad, tratar de restituir lo que se dejado mostrar como una anomalía, sea en el cuerpo, en el trato inter-

personal o en la actividad laboral. La enfermedad puede aparecer como un hito en la vida, como el inicio de un capítulo, ya que nuestra dimensión personal está también elaborada narrativamente. Por su carácter narrativo, la enfermedad es también una situación. Como propone Alasdair MacIntyre, “(...) una situación tiene una historia, dentro de la cual no solo se ubican las historias de los agentes individuales, sino que además no puede ser de otro modo, ya que, sin la situación y sus cambios a lo largo del tiempo, la historia del agente individual y de sus cambios a lo largo del tiempo no serían comprensibles” (MacIntyre, 2004: 272)¹⁹. La premisa de MacIntyre es que a los seres humanos se nos puede pedir cuentas de nuestras acciones, que podemos aclarar como intenciones, motivos, pasiones y propósitos. Según este filósofo, cuando la situación no brinda un contexto a la acción del agente, esta se torna ininteligible; sea porque carecemos de información, bien porque el agente pertenece a cultura o estructura social, cuya situación no se

19 Otra concepción de situación que acompaña estas reflexiones es la de Hermann Schmitz. Schmitz denomina situación personal a aquello que generalmente se señala como “personalidad” y se interpretaría erróneamente como una estructura constituida con cierta fijeza. En contra de esta falsa representación de una conciencia estable, Schmitz enfatiza más bien la consistencia fluida del fenómeno, su carácter como figura dinámica con su particular forma de proceso de formación, reformación y almacenamiento. Por esta razón se mantiene siempre a la vista la historia de vida [*Lebensgeschichte*], pues la situación personal se caracteriza por su historicidad [*geschichtlich*]. La historia de vida posee partes presentes [*präsentische*], prospectivas y retrospectivas. La situación personal tiene carácter caótico-múltiple; por ello, esta situación no es conocida en detalle por el sujeto. El carácter caótico-múltiple de la situación personal significa que ella no consiste en la determinación de lo idéntico o distinto, sino más bien en su carácter dinámico o dramático. Por el contrario, la situación personal también posee su propia dinámica. Schmitz propone tres características de una situación. La situación es 1) integral, 2) posee significatividad y 3) una difusión interna. La significatividad de una situación consiste en las significaciones que en ella se pueden encontrar implícitos o explícitos. Las significaciones poseen a su vez tres características fundamentales. Ellas refieren, primero, a estados de cosas, pues queda manifiesto que hay algo de que se trata la situación. Segundo, la significación tiene el carácter de un programa, es decir, presenta rasgos de, o bien algo que debe ser, como norma, o bien, de algo que podría ser, es decir, como un deseo. El tercer rasgo de las significaciones es el de problema, es decir, si algo es o no como aparece. La situación personal se transforma [*umgestelt*] a través del proceso de explicación e implicación. El concepto y proceso de explicación saca provecho de la significatividad caótica-múltiple de diferentes situaciones de hechos [*Sachverhalt*], programas o problemas; por ejemplo, esto se aprecia en la manera en que se asumen “decisiones de vida”. Se necesita clarificar la situación personal para tomar una decisión, esto supone que la significatividad caótica y múltiple debe ser definida en retrospectiva. El concepto y proceso de implicación deja refluir las decisiones y determinaciones de vida en la multiplicidad [*Mannigfaltigkeit*]; por ejemplo, hasta dejarlas caer en el olvido. Así, el ser humano debe ocuparse de esto a lo largo de su vida: ganar claridad [*Aufklärung*] sobre sí mismo en la explicación y dejarla perder en la multiplicidad de la implicación. En este punto, Großheim retoma el afamado pasaje de Píndaro: “Convértete, según has aprendido, en aquél que tú eres!”.

puede comprender. Cuando una acción se torna ininteligible, tanto para el agente como para otro, se la comprende correctamente como “una dolencia” (MacIntyre, 2004: 278). Esto significa que todo acto requiere un contexto narrativo para ser inteligible.

En la concepción acción propuesta por MacIntyre, la participación de un mismo agente puede ser considerada bajo diferentes situaciones. Esta multiplicidad de la situación parece ofrecerse de manera provechosa para contextos interculturales como el latinoamericano, en el que encontramos la pervivencia de diferentes prácticas de socialización. En estas prácticas de socialización, el enfermo puede no solo sentirse desorientado por la inteligibilidad que su enfermedad puede cobrar, sino también confundido por la cantidad de posibles soluciones que pueden aparecer. Un ejemplo interesante es precisamente la experiencia de la COVID-19. En Bolivia, con una interesante diversidad cultural, y formas de cuidados de salud centrados en el individuo (medicina occidental) y comunitarias (campesinas, ligadas a ritos agrícolas de sacrificio y reciprocidad), se han mezclado formas de comprender y “atacar al enemigo invisible”. Entre ellas, no solo el cuestionado dióxido de cloro, sino también brebajes como contra la enfermedad del *Kari Kari* o *Kari Siri*, que se produciría cuando a una persona, este personaje andino, le extrae tejido adiposo para algún fin no totalmente esclarecido. La víctima sufre un cuadro de pérdida de vitalidad, como si su *ajayu* (dimensión anímica, impersonal y vital parecida a la noción de *mana* de otras culturas) se hubiera perdido. Por conocimiento local y personal, se sabe que muchas personas al sentirse enfermas buscaron curas para este mal, acudiendo al curandero, ingiriendo los brebajes, y después acudieron al farmacéutico para comparar los medicamento recetados como tratamiento de la COVID-19, finalmente, recurrieron al dióxido de cloro. Esta forma de medicación mixta, de cuidados complementarios y, a veces, contradictorios, forman una manera, común en esta región, de tratar con la corporalidad. A causa de este tratamiento mixto, han fallecido muchas personas y otras parecen haberse recuperado, sin poder determinar cuál ha sido realmente el factor benéfico. En todo caso, aunque las personas interpreten culturalmente de manera diferente las causas y tratamientos de una enfermedad, la vivencia de inteligibilidad ligada a la alteración de la percepción carnal, así como los caracteres afflictivo, reflexivo, intersubjetivo y dramático se mantienen como condición de posibilidad de la enfermedad. Pueden haber diferentes modos de sociabilidad, diferentes formas de trato cultural de la enfermedad y la salud, pero todas se apoyan en la estructura antropológica que tratamos de alumbrar.

MacIntyre propone que el agente de la narración es también autor, y que las personas con quienes convive, se tornan en coautores de la situación común. Según este filósofo, una conversación tiene el carácter dramático

básico para comprender la duplicidad de agente-autor. “Conllevan revelaciones y cambios súbitos y pasan por momentos culminantes” (MacIntyre, 2004: 283). El autor comprende que ser una persona significa el esfuerzo por aclarar la identidad narrativa que en la que se encuentra en una sociedad, ya que cada quien entre en la sociedad humana con uno o más papeles-personajes asignados, por lo que se tiene que aprender en qué consisten para dar respuestas satisfactorias a las intervenciones de los otros. Así, la tesis de MacIntyre es que “el hombre, en tanto en sus acciones y sus prácticas como en sus ficciones, es esencialmente un animal que cuenta historias” (2004: 285).

Aceptamos la postura de MacIntyre, bajo la condición de las siguientes aclaraciones. La “animalidad” del ser que cuenta historias es, en realidad, la base fundamental de las capacidades personales descrita como estilo habitual de la percepción carnal. Es ella la que brinda ciertos actos en los que la agencia se altera, mas no completamente la propiedad, como en el malestar, dolor y otras formas de la enfermedad. La enfermedad se presenta como eso inteligible que debe ser reincorporado en una narrativa. Nuestro primer compañero de conversación personal, con quien debemos descubrir la posibilidad de roles que podemos asumir, es la carnalidad detenida cuerpo propio, cuando en sus alteraciones rompe su silencio cotidiano para aparecer como una molestia, un diente que cambia, el inicio de las menstruaciones, las heridas, el envejecimiento²⁰. Si bien todo rol cobra sentido por la relación que tiene con los otros personajes de una situación narrativa, todo rol aparece gracias a la conversación carnal que la persona mantiene con su corporalidad, que ya desde la infancia es intersubjetiva. Sin esta doble dimensión complementaria de la corporalidad y la narratividad, toda teoría de la identidad personal se convierte en aislamiento en la individualidad inexpresiva o diversidad inconexa e infundada. Solo porque estamos en relación inalienable con nuestra percepción carnal, puede haber posibilidad de identificación de los roles y necesidad de exploración para aclararlos. De lo contrario, no habría nada que

20 Al respecto se puede tomar en cuenta nuevamente la noción de situación personal de Schmitz. En ulterior sentido, en la situación personal, la disposición corpóreo-sentida es menos ligera y versátil o variable, ya que posee una indudable cercanía, a lo que, en otros contextos, por ejemplo, en el de la antigua psicología, se ha denominado como “temperamento” o “constitución”. La disposición corpóreo-sentida corresponde con el modo de ser de la persona, que bajo ningún punto de vista es fijo, pero sí ha ganado cierta estabilidad. Esta relativa estabilidad se debe a que el ser humano no es solo un ser corpóreo-sentido [*leibliches Wesen*], sino que él también es persona.

Persona es un poseedor de conciencia [*Bewußthaber; Subjekt*] con la facultad de auto-adscripción [*Selbstzuschreibung*], esto significa la capacidad de tomarse a sí mismo como alguien en un rol o varios roles y de asumir algo como importante. Aunque esto no lo dice Großheim, es importante saber que esta capacidad de auto-adscribirse está en directa relación con una de las preguntas fundamentales que Schmitz señala en varios de sus libros, ¿qué debo dejar valer? [*Was muss ich gelten lassen?*]

explique el empeño y la fatiga humana tanto en un sentido descriptivo como en el normativo.

3.3.2.2. Identidad narrativa carnal en la enfermedad como situación

Esta modificación a la postura de MacIntyre nos sirve también para modular nuestra recepción de la concepción de identidad narrativa propuesta por Paul Ricoeur (2011: 138-172). El hermeneuta francés reintroduce la diferencia entre la identidad *idem* (*sameness*, *Gleichheit*) como mismidad y la identidad *ipse* (*selfhood*, *Selbstheit*) como ipseidad. La mismidad (identidad *idem*) sería un concepto de relación y una relación de relaciones, para ella vale como característica la identidad numérica (contraria a la pluralidad, y producida por la operación de identificación, reconocer la misma cosa *n* veces), y, la identidad cualitativa (en el que, si X e Y guardan el mismo conjunto de atributos, deben necesariamente ser el mismo, por lo que le corresponde la operación de sustitución). Por su parte, la ipseidad (identidad *ipse*) corresponde con aquello que asegura la permanencia en el tiempo y que se vincula a la pregunta quién, por lo que supone la respuesta a la pregunta ¿quién soy yo? “Narrar es decir quién ha hecho qué, por qué y cómo, desplegando en el tiempo la conexión entre estos puntos de vista” (Ricoeur, 2011: 146). En este sentido, la identidad narrativa ejecutaría una función *mediadora*, mediante variaciones imaginativas a las que el relato somete a esta identidad (*cf.* Ricoeur, 2011: 109-112, 147). “El relato construye la identidad del personaje, que podemos llamar su identidad narrativa, al construir la de la historia narrada. Es la identidad de la historia la que hace la identidad del personaje” (2011: 147). En esta tensión mediadora, el propio cuerpo también juega un papel mediador en la estructura del ser en el mundo, “el rasgo de ipseidad de la corporeidad se extiende a la del mundo en cuanto habitado corporalmente”, dice este autor (2011: 150). Aunque, la propuesta de Ricoeur exigiría una revisión particular, podemos decir provisionalmente que estaríamos de acuerdo con su concepción de identidad personal, como mediada por las características de la trama y de la corporalidad, siempre y cuando, en su propuesta se revisara la noción de corporalidad a partir de la aquí propuesta percepción carnal y su desarrollo en las dimensiones personales reflexiva, intersubjetiva y dramática.

Complejamente elaborada en su riqueza explicativa de la dimensión narrativa, la concepción de identidad personal en Ricoeur se nos presenta un tanto disminuida en la descripción de la corporalidad vivida. No obstante, lo que nos interesa rescatar de la propuesta del hermeneuta francés es la necesidad de pensar la identidad narrativa y la constitución de todo rol social a partir del suelo nutricional de la percepción carnal. Solo en relación con ella, la enfermedad se torna como un problema que resolver, como la modificación

de un carácter, y, como la palabra empeñada bajo la esperanza de la curación. También nos interesa el énfasis en que la aclaración de la situación, como contexto narrativo de la que habla MacIntyre, se apoya en determinadas formas narrativas, que no solo aclaran, sino también pueden entorpecer la comprensión de una acción. Una relación así de la corporalidad y las formas de narración se puede encontrar también en una lectura heterodoxa del filósofo Hayden White (2015: 63-105). White apoyándose en una interpretación libre de J. Piaget, propone que las formas tropológicas que sirven de base para toda narración surgen del desarrollo psicológico del niño. “La teoría de Piaget sugiere (...) que los tropos de figuración, metáfora, metonimia, sinécdoce e ironía, que son utilizados en los procesos conscientes de la *poiesis*, y la formación del discurso, se fundamentan, de algún modo, en la dotación psicogenética del niño, cuyas bases aparecen secuencialmente en ese desarrollo en cuatro etapas que Piaget llama sensorio-motriz, representaciones, operaciones y lógica” (White, 2015: 84). Dejando de lado, por ahora, la discusión sobre las limitaciones categorizales de la psicología empírica, preñada de naturalismo, anidada en la noción de “dotación psicogenética”, nos interesa remarcar la postura de White como otro ejemplo de la necesidad de pensar, por una parte, la formulación de la dimensión narrativa del yo personal a partir de la potencialidad que ofrece el sí mismo de la percepción carnal, y, por otra, las formas de comprender narrativamente la enfermedad.

Acabamos de señalar algunas descripciones y argumentos para comprender la manera en que la enfermedad, como vivencia, además de ser afflictiva, reflexiva, intersubjetiva es dramática e implica una dimensión narrativa. Queremos ver de manera inmediata algunas formas específicas la narración sobre la enfermedad. Para ello, nos orienta la propuesta esclarecedora de Laín Entralgo.

3.3.2.3. Cuatro estructuras narrativas de la enfermedad como situación en diálogo con Laín Entralgo

Según Laín, en la enfermedad, el sentimiento de la propia vida se hace experiencia cristalizando en algún tipo de interpretación. El psiquiatra español propone cuatro formas de afrontar narrativamente la enfermedad, como castigo, azar, reto y prueba. El autor aclara que, en este nivel de estudio, no nos enfocamos ya en la consistencia de la enfermedad, sino en el sentido que el hecho de estar enfermo se ofrece para la persona. Según nosotros, estas cuatro formas son modos que la persona puede ir adoptando a lo largo de la enfermedad, cambiando de forma según la relación que mantenga con su primer compañero carnal, con sus allegados y con las instituciones médicas.

Laín considera que el castigo es la primera forma de interpretar la enfermedad que debe tomarse en cuenta, por ser también una de las más antiguas, sino la de mayor antigüedad, registrada por el ser humano (Laín, 1966: 68-72). Los asirios y los helenos habrían compartido esta noción de enfermedad como respuesta a la transgresión de una ley moral. La enfermedad, en este caso, se comprende bajo el signo del castigo que recibe el mortal a causa de la ira de los dioses. Esta sería una concepción naturalista. Laín también encuentra esta interpretación de la enfermedad en la cultura semita, aunque posteriormente atenuada por el personalismo cristiano. Siendo evidente el desequilibrio de fuerzas y la superioridad de la divinidad, Laín observa algo más interesante en la estructura de esta concepción punitiva de la enfermedad. Ella implica que quien recibe el castigo es capaz de culpa y responsabilidad. A esto se suma la diferencia entre culturas basadas en la forma de vergüenza y las de la culpa, que también implican, como aquellas, según nuestro punto de vista, la forma de la afección, aflicción, reflexividad y dramatismo que nos ofrece la estructura de la vivencia de la persona encarnada; pues el sentido de la enfermedad está puesto en la expiación. Es interesante notar que en países culturalmente diversos como los latinoamericanos, en los que todavía se mantienen ritos agrícolas y rituales de sacrificio y reciprocidad, la concepción de una divinidad que es capaz de enfermedad o comer a sus hijos, la COVID-19 se ha presentado como un castigo de alguna fuerza mayor, bajo el carácter del azote de un enemigo.

Laín es de la opinión que el Nuevo Testamento rompe con la concepción punitiva de la enfermedad, pero introduce la “enfermabilidad” (sic) en la estructura antropológica. Por el pecado original, según la teología cristiana, recuerda Laín, el ser humano es capaz de enfermar. “La capacidad de enfermar, ‘propiedad defectiva’ de la naturaleza humana, pertenecería a la *vulneratio in naturalibus* que el pecado original produjo” (1966: 74). Nos interesa resaltar dos aspectos de esta observación. Bajo esta concepción no solo la enfermedad se introduce en la estructura antropológica, sino que se irá asociando al cuerpo como soma, esto se hace más evidente en Pablo de Tarso. Nuestra concepción filosófica de persona encarnada no puede equivaler a esta concepción teológica de carne, ahí también se puede volver a nuestro comentario a la propuesta de Michel Henry. La introducción de la concepción de enfermedad, subsidiaria del pecado original, aboga por una comprensión temporal de la enfermedad y de la vida. Cada criatura está marcada por su labilidad mientras esté viva. Esta estructura temporal es importante, pues muestra que la vivencia de la enfermedad guarda su relación dramática, señalada por nosotros. Además, permite romper el estrecho parámetro de la interpretación de Foucault sobre el rol de la enfermedad y la salud en la vida de los humanos.

La segunda forma de interpretación propuesta por Laín es del azar. El autor considera que esta concepción aparece en Grecia, entre los siglos V y IV a.C. Se relaciona, no exclusivamente, con la experiencia de constatar que los hombres justos también enferman, por lo que la noción punitiva de enfermedad pierde fuerza (Laín, 1966: 75). En la tríada de la filosofía jónica, la tragedia ática y la medicina hipocrática, el mortal parece enfermedad por alguna necesidad de la naturaleza y no por mero capricho de la voluntad divina. Esto habría orientado el interés por las formas de determinación natural, apareciendo la comprensión de la enfermedad ligada a términos como *moria*, *anánke*, *tyke*, *aísa*, *heimarméne*, y otros. El español considera que es posible que la nueva concepción de necesidad de la enfermedad haya estado relacionada a *moira* y *anánke*; ya que, por la primera, todos los órdenes de la realidad, divino y sublunar, se encuentran obligados impositiva o limitativamente; y, ya que, por la segunda, los movimientos y leyes de la naturaleza se encuentran bajo una necesidad invencible, “la normativa y suprema ‘necesidad de la naturaleza’ (*anánke physeos*)” (Laín, 1966: 77). El español también considera que algunas enfermedades, según los griegos, estaban relacionadas con el azar desventurado o infortunio (*atbykía*). Según Laín, el pensamiento cristiano habría adoptado esta doble naturaleza de la enfermedad, como necesidad (*anánkico*) y azar (tíquico), al reconocer que la capacidad de enfermedad es parte de la naturaleza humana, y que el hecho de que un individuo particular caiga enfermo corresponde con particular le pertenece a la fortuna o al caso. En este punto Laín se remite a *Summa Theol.* I, q. 19 a 3. Bajo esta interpretación también resulta interesante cómo en las redes sociales se aparece esta mezcla entre la aceptación de la determinación de la COVID-19, como un hecho ocurrido por razones diversas, pero inevitables, y, al mismo tiempo, la inseguridad y temor a que cada quien sea el caso particular de la enfermedad.

La tercera forma de interpelación propuesta por Laín es la de reto. El autor considera que, si la enfermedad es considerada como la manifestación del azar, ante su carácter contingente, el individuo puede hacer lo posible por liberarse de él, por aminorar las posibilidades de contagio, en el tema que nos toca. “En la enfermedad ve ahora la mente humana un desafío a su propio poder” (Laín, 1966: 81-82). Habría dos formas para vencer inteligentemente la enfermedad, la magia y la técnica. En el caso mágico, el brujo o curandero realiza una mediación con las divinidades, busca tal vez algún pacto, o algún brebaje para revertir el desequilibrio en el desgraciado. En este punto podría traerse a colación nuevamente todo el esfuerzo por proponer curas contra el COVID-19, basadas en los difundidos rituales agrícolas latinoamericanos, en la cura contra los espantos y demás maleficios. Si la vía es la técnica, considera nuestro autor, se verá la lucha por discriminar, en primer lugar, qué en la enfermedad pertenece a la necesidad y qué en ella al azar. El técnico

buscará el modo de burlar el azar, de prevenirlo, de revertirlo, sabiendo que la necesidad es inamovible. “De ahí que el primer objetivo de la hipocrática *tékbne iatriké* –y por tanto el primer deber intelectual y moral del médico griego– consistirá en discriminar lo que en la enfermedad es *anáanke physeos*, ‘necesidad de la naturaleza’, y lo que en ella es verdadera *atykiá*, desorden susceptible de corrección ‘técnica’” (Laín, 1966: 83).

La cuarta y última forma propuesta por Laín es doble, contempla la enfermedad como prueba o como desesperación. En esta concepción la pregunta por la causa eficiente de la enfermedad cede el paso a la de la causa final. ¿Para qué? Cuando en la vivencia morbosa no se cuenta sentido alguno, la aflicción parece absurda. En cambio, cuando en la enfermedad se encuentra un sentido final, nos encontramos precisamente bajo la perspectiva de la enfermedad como prueba. Podríamos nosotros sugerir en este punto, como ejemplo de esta interpretación, la propuesta de sentido de la vida propuesta en la logoterapia del psiquiatra austríaco Viktor Frankl. Para el alemán, el sentido de la vida aparece cuando podemos darles un propósito a nuestros sufrimientos; pus sufrir significaría doblemente obrar z crecer, además madurar, maduración hacia su mismidad, dice Frankl. “Pero la maduración se basa en que el ser humano alcanza la libertad interior, a pesar de la dependencia exterior” (Frankl, 1994: 254). No obstante, para Pedro Laín, el sentido de la enfermedad como prueba es el merecimiento. “Solo viviéndolo como prueba puede cobrar algún sentido el azar; solo así deja de éste de ser ‘un nombre dado a nuestra ignorancia’, según la fórmula de Bousset” (Laín, 1966: 84-85), remata el autor.

Estas cuatro formas de interpretar la enfermedad son, desde nuestro punto de vista, formas narrativas que entran en diálogo constante con la vivencia morbosa de la persona encarnada. Ella requiere tanto del diálogo con su carnalidad, con su cuerpo propio, como con estas dimensiones interpretativas. Estas cuatro formas básicas de interpretación podrían también organizarse en términos de relatos autobiográficos y sociales de corte trágico, por el castigo recibido por una voluntad superior o contraria. Este ha sido el caso de varios presidentes, desde Manuel Macrón en Francia hasta Jeanine Añez en Bolivia, cuando han afirmado que el virus y la enfermedad COVID-19 serían los enemigos que derrumbando la seguridad de las fronteras nacionales se han establecido como plagas purificadoras, atacando el intersticio social del Estado. Dentro de la concepción trágica o épica de la interpretación de la pandemia COVID-19 se podría, por ejemplo, enmarcar interpretaciones como las de Slavoj Žižek y Byul-Chun Han, en el ya citado *Sopa de Wuhan*. Las prácticas médicas podrían moverse en el terreno de la épica, al considerar que la pandemia es la situación indicada para descubrir qué nuevos límites entre la necesidad y el azar puede determinar el ingenio humano.

Las prácticas ligadas a ritos agrícolas de curación, relaciones de reciprocidad con la madre tierra que brinda y castiga, podría moverse entre una versión punitiva y trágica o épica e irónica de la narrativa de la pandemia. No resultaría ninguna novedad decir que la concepción cristiana ha difundido la concepción de la enfermedad como una prueba a ser superada, buscando una renovación de la narración de la vía épica por vía de la solidaridad y cuidado de los semejantes.

Todas estas formas narrativas pueden variar tanto como se quiera, pero no pueden evitar mantenerse con la certeza que brinda la alteración en la percepción corporal y en la dimensiones afflictiva, reflexiva y dramática de la vivencia de la enfermedad que nosotros posponemos como base de la persona encarnada como sujeto de la enfermedad. Si bien es mérito de Laín describirlas tan sucinta y claramente, nosotros buscamos alguna participación, al afirmar su potencial narrativo en relación con la percepción carnal.

3.3.3. Enfermedad como situación interpersonal o existencial

Un aspecto más que nos interesa señalar para cerrar nuestra investigación sobre el sujeto de la enfermedad radica en señalar que todas estas formas de narrativas implican determinadas prácticas de cuidado y relación con los otros. Estas prácticas pueden influir claramente en la manera de sobrellevar la enfermedad. Por ejemplo, en la posibilidad de brindar cuidado y protección a otros, la necesidad de reintegrar el respeto por la individualidad y perfeccionar el cuidado comunitario, son modos que no dependen solamente, pero sí están relacionados al modo en que se organiza narrativamente la enfermedad. Esto es lo que hace que no todas las narraciones sean, sin mayor razón, equivalentes, pues en ellas siempre habrá algún criterio para evaluar los procedimientos. Ese criterio consideramos que se encuentra en la preservación de la vida corporal de la persona encarnada. La persona encarnada tiene un carácter absolutamente valioso, pues es un caso único en medio de narraciones comunes y socialmente distribuidas. Cada persona carnal guarda en ella una manera única de padecer la enfermedad y de modularla con la narración, aunque esta última esté socialmente organizada. Preservar la salud y la vida de la persona encarnada será siempre un valor que debería presentarse como incuestionable.

Es comprensible que las sociedades en las que conviven diferentes formas narrativas de la enfermedad enfrenten dificultades para enfrentar catástrofes sanitarias, pues las narraciones son, al fina y al cabo, la encarnación de prácticas por personas específicas. Aunque podamos teóricamente hablar de narraciones y formas, ellas no son más que una forma de abstracción de relaciones interpersonales donde todo se encarna y todo tiene su necesidad y

contingencia, como decía Merleau-Ponty. Las narraciones no tratan, como bien han demostrado los investigadores de la práctica narrativa, de episodios mentales, sino de prácticas realizadas en nuestro mundo compartido, de hábitos encarnados, diríamos nosotros. “En este sentido, nuestra comprensión de sentido común de los otros puede ser vista también como un razonamiento práctico hábil que depende de una competencia narrativa desarrollada” (Zahavi y Gallagher, 2013: 288). Las narraciones son en realidad las abstracciones de regularidades de la afección, reflexión, intersubjetividad, dramatismo de las interacciones de las personas encarnadas. Cuando las narraciones parecen explicar muy esquemáticamente la realidad humana, resulta necesario volver la mirada nuevamente a las actividades de las personas encarnadas y poner entre paréntesis (epojé) las narraciones imperantes.

En este sentido podemos, finalmente, enfatizar la dimensión existencial de la enfermedad para la persona encarnada como su sujeto. Si bien las narraciones nos permiten relacionarnos con las normas culturales, adoptar las particularidades de nuestra historia colectiva, estas siempre entran en conversación con nuestra carnalidad. ¿Qué puede o no realmente lograr mi cuerpo en relación a las expectativas de una narración imperante? Esa es una pregunta con la que la persona encarnada media a lo largo de las etapas de su vida. Es verdad que necesitamos todavía una fenomenología de las etapas de la vida para comprender mejor la dificultad de esa pregunta, que no es otra que la pregunta por el sentido de la vida. Las narraciones socialmente distribuidas en las prácticas de los otros, siempre nos permiten en experiencias aflictivas, mantener distancia y extrañamiento de la experiencia del otro, bien por ser el afectado, o bien por ser el testigo del paciente o víctima. Esta distancia determinada por nuestra carnalidad es la que nos permite tener un espacio de reflexión e ininteligibilidad, que son la fuente de re-evaluación de nuestras tradiciones. “Ya que nos desarrollamos en contextos sociales y normalmente adquirimos la capacidad para la comprensión en esos contextos, el desarrollo de la autonarrativa obviamente implica a otros” (Zahavi y Gallagher, 2013: 290). Si bien esta última afirmación puede ser verdadera, debemos considerar que el dolor personal, el sufrimiento de los cercanos no es solo, como muchas posturas actuales quieren ver, el fundamento para las certezas personales y la justificación de cualquier proyecto político, sino el principio de duda y reflexión sobre la claridad de nuestros nexos humanos.

El poder del dolor y el sufrimiento no es solo que nos retrae a la certeza del aquí y el ahora, como propone Hermann Schmitz. Ese poder también implica mi distanciamiento de las tradiciones, de las certezas, de los lugares comunes. La percepción carnal, en su estilo habitual, en su alteración, en su poder aflictivo, reflexivo es también impulso para suspender la intersubjetividad y la cohesión social. ¿Si este dolor lo experimento como solo mío, y tiene

un valor absoluto, cómo puede lograr que otro ser vivo no sienta la misma penuria? ¿Cuán profundo es el dolor ajeno, cuando en el mío alguna vez no he sido capaz de no encontrar límites? Así como el dolor en forma de punzada, estirón, es decir, en su forma epicrítica o protopática, con su fuerza vocativa, nos llama a atenderlo, frotando, rascando, acariciando, la enfermedad también tiene el poder de establecer una relación reflexiva sobre la existencia en general. En ella Fuchs también encuentra la libertad para autodeterminación (2019: 44-45). Por las limitaciones que tienen todas las prácticas, técnicas, mágicas, metafísicas, para mitigar el dolor, la persona encarnada suele encontrar cierta desesperanza positiva para poner su existencia en perspectiva. En ella acontece la situación límite como la certeza de la posibilidad del fin de “mi” existencia, no el fin de mi relato, o narración, que otros podrán bien contar, sino de la encarnación de mi existencia en este cuerpo del que trato de apropiarme existencialmente. Cada enfermedad se presta como el momento sincero, de encuentro con uno mismo, para evaluar y sopesar críticamente los proyectos de vida, los nexos que nos unen a los otros y la oportunidad de elegir por el valor absoluto de la salud y la vida.

4. Resumen

El presente artículo ha tenido el objetivo de reflexionar sobre el sujeto de la enfermedad, tomando en cuenta el contexto actual de la pandemia de COVID-19. Se buscó, en primer lugar, advertir la importancia de retomar la pregunta por el sujeto de la vivencia morbosa. En segundo lugar, se buscó reconocer y señalar algunas limitaciones de las concepciones naturalistas y constructivistas de la enfermedad. Se pudo evidenciar que las dos tendencias suelen reducir el sujeto morboso, por un lado, a las determinaciones del organismo y explicaciones bajo la perspectiva en tercera persona, y, por otro, a las determinaciones sociales e instituciones de ciertos conjuntos de saberes y prácticas. En los dos extremos la enfermedad como vivencia de alguien queda reducida, anulada o abandonada por el análisis.

Se optó, en tercer lugar, por abordar fenomenológicamente la vivencia de la enfermedad. La vía de indagación fue una concepción no reduccionista de persona. Para ello, se atendió a la percepción carnal. La percepción carnal es la proto-sensibilidad que relaciona sujeto-otros-mundo de manera prerreflexiva. En ella se manifiestan sensaciones cenestésicas, ubiestésicas y cines-tésicas que revelan el grado fundamental de propiedad y agencialidad en el sujeto. Esta percepción carnal se caracteriza por ser afectiva (refiere al sujeto, sentimiento de propiedad), resonante (pues refiere al sujeto en la remisión y respuesta que tiene con los otros en el mundo) y atmosférica (pues hay ele-

mentos no claramente definidos que forman la percepción como unidad de una multiplicidad difusa). La percepción carnal, según se vio, se forma bajo la habitualidad del modo de existencia del sujeto con otros en el mundo. Esta habitualidad se sedimenta como un determinado estilo perceptivo, permitiendo un sentimiento de seguridad y familiar en un estilo habitual de la percepción. Cuando esta habitualidad se altera, se inicia la novedad del estímulo o malestar. Cuando el malestar es intenso o duradero, o ambos, se genera el inicio de la enfermedad como vivencia de la ininteligibilidad. Esta vivencia alterada, anormal, genera un comportamiento aflictivo, reflexivo y dramático en el que surge el cuerpo propio. La percepción carnal que implica sujeto y mundo se altera, por exceso de resonancia, autoafección o ausencia de resonancia. Esto hace que la carnalidad se perciba a sí misma hasta que surja una parte del cuerpo comprometida por la vivencia de extrañeza o dolor. El cuerpo propio es una forma de objetivación reflexiva de la conciencia encarnada. La carne sentiente encuentra un cuerpo sentido, un cuerpo que busca apropiarse. Vimos que esta forma de extrañamiento no implica necesariamente una pérdida total de propiedad, no se da en todos los casos vivencia de alienación, aunque la agencialidad parece dividirse y tornarse autonómica en el miembro o región comprometida. Esta vivencia de extrañamiento sin alienación total por la que surge el cuerpo propio tiene un carácter dramático, pues la persona debe hacer algo con esta novedad disruptiva de su corporalidad. Ahora la persona se ocupa de su cuerpo. Al ocuparse de él, encuentra un obstáculo o un mediador, en la relación con los otros.

La afección morbosa posee un carácter reflexivo, volvemos y nos ocupamos del cuerpo propio, pero este nos remite a la atención de los otros. Sentimos que un moretón es más visible para los otros que para nosotros mismos. La aparición del propio cuerpo se aparece a una vivencia de vergüenza, culpa u orgullo. Esto señala que la corporalidad nos relaciona con las otras personas. Consideramos su perspectiva, su forma de ser, su manera de interactuar con nosotros.

La vivencia morbosa genera un potencial responsivo, es vocativa. No solo genera orgullo o vergüenza sobre el propio cuerpo, sino que en enfermedades contagiosas como la COVID-19 permite el sentido de responsabilidad. Así hay una atención particular a la relación con los otros en un círculo inmediato de importancia. Esto es relevante, en la medida en que el carácter dramático de trato con el propio cuerpo lleva aparejado el carácter de intersubjetividad responsiva, en relación con el futuro y proyectos. También, como culpabilidad, abre el nexo con el pasado; el enfermo busca saber el porqué y el cómo de su enfermedad. Esto evidencia la dimensión narrativa de la enfermedad. La persona encarnada posee una indudable dimensión narrativa.

Estas estructuras narrativas están asentadas en la relación con la carnalidad de la persona. No pueden sustraerse de ella, a riesgo de perder de vista la vivencia motivo de análisis y de narración. Como la enfermedad implica una afección reflexiva e intersubjetiva, la vivencia morbosa está dentro y fuera del individuo. La enfermedad se convierte en una situación que permite comprender la vivencia morbosa como anormalidad ininteligible para el paciente y como tratable o no en un contexto intersubjetivo. La enfermedad es una situación afectiva, cognitiva y, por lo tanto, intersubjetiva.

La persona encarnada como sujeto de la enfermedad implica una percepción carnal (afectiva, resonante y atmosférica) que lo une con los otros en el mundo, y una dimensión personal narrativa (aflictiva, reflexiva, intersubjetiva y narrativa) que le permite modular su relación con los otros y consigo misma. Esta concepción de persona nos permite evitar los esquemas antropológicos aditivos o por capas, en las que una animalidad es revestida por la racionalidad. También permite evitar la noción antropológica de falta, en la que el ser humano sería un animal disminuido. Nos permite alejarnos de la concepción animalista, en la que se borra cualquier diferencia con los demás seres vivos. Frente a estas concepciones antropológicas, nuestra concepción de persona encarnada como sujeto de la enfermedad busca ser una propuesta dentro, en la que persona es considerada como un fenómeno autónomo y diferente a otros seres vivos, sin renunciar a su inserción en la vida natural.

Esperamos que este modesto ejercicio de reflexión permita inaugurar un debate sostenido en nuestro país sobre la enfermedad, salud, corporalidad, identidad narrativa y sentido de ser persona en comunidad.

Bibliografía

Arregui, Jorge (2004). “Cenestesia y cuerpo vivido. ¿Por qué Marcel abandonó sus primeras formulaciones sobre el cuerpo sujeto?” En *Apeirón*, Revista de Filosofía, n° 32, 2004, 145-158.

Ávila, Melina Miaja y Rubia, José Moral de la. (2013). “El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales” en *Psicooncología*. Vol. 10, Núm. 1, 2013, pp. 109-130.

Amzat, J., & Razum, O. (2014). “Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools”. En *Medical Sociology in Africa*, 21–37. https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2_2A

Bak, Agata. (2019). “Notas sobre fenomenología de la enfermedad. A propósito del libro *Phenomenology of illness*”. En *Acta mexicana de fenomenología. Revista de investigación filosófica y científica*. Número 4, junio. pp., 19-56.

Beldarraín, Enrique. (2002). “Henry E. Sigerist y la medicina social occidental”. En *Revista Cubana de Salud Pública*. 28 (1), pp. 62-70.

Bergson, Henry. (2013). *Materia y memoria*. Cactus. Buenos Aires: Cactus. Trad. Mauro Armiño.

Bogossian, Paul. (2009). *El miedo al conocimiento*. Madrid: Alianza.

Cabezas, César. (2015). “Enfermedades infecciosas emergentes-reemergentes y sus determinantes” [editorial]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(1):7-8. URL: <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n1/a01v32n1.pdf>

Canguilhem, Georges. (2004). *Escritos sobre medicina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Carel, Havi. *Phenomenology of Illnes*. Oxford: Oxford University.

Chiesa-Estomba, CM, *et al.* “La alteración del olfato y el gusto en pacientes COVID-19. Un recurso de diagnóstico en atención primaria”. En *Atención primaria*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.005>

Corbin, Alain; Jean-Jacques Courtine; Vigarello, Georges (Ed.) (2005) *Historia del cuerpo, Tomo I: Del Renacimiento a la Ilustración*. Buenos Aires, México, Bogotá: Taurus. Trad. Núria Petit y Mónica Rubio.

Corbin, Alain; Jean-Jacques Courtine; Vigarello, Georges (Ed.) (2005) *Historia del cuerpo, Tomo II: De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*. Buenos Aires, México, Bogotá: Taurus. Trad. Núria Petit y Mónica Rubio.

Corbin, Alain; Jean-Jacques Courtine; Vigarello, Georges (Ed.) (2005) *Historia del cuerpo, Tomo III: El siglo XX*. Buenos Aires, México, Bogotá: Taurus. Trad. Núria Petit y Mónica Rubio.

Damasio, Antonio. (2010). *Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?* Barcelona: Destino. Trad. Ferran Meler Ortú.

Depraz, Natalie, Maria Gyemant, and Thomas Desmidt, “First Person Data Analysis: a Generative Method Using Third Person Data. Surprise and Depression: a Case Study”. En *Journal of Constructivist Foundations*, 12, no. 2 (2017), pp. 190-218.

Devillard, José María. (1989). “La construcción de la salud y la enfermedad”. En *Las dimensiones de lo social en la construcción de la salud y la enfermedad*, correspondiente con el IV Reunión de la Sociedad Española De Historia de la Medicina. Madrid: Universidad Complutense.

Ena J, Wenzel R. (2020). “Un nuevo coronavirus emerge”. En *Revista Clínica Española*. 2020; 220(2):115-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.001>

Esposito, Roberto. (1011). *El dispositivo de la persona*. Buenos Aires: Amorrortu. Trad. Heber Cardoso.

Estrada, Diego Alejandro. (2012). “Hacia una fenomenología de la enfermedad” en *Iatreia*. Vol. 25 (3), julio-septiembre, pp. 277-286.

Faure, Oliver. (2005). “La mirada de los médicos”. En Corbin, Alain; Jean-Jacques Courtine; Vigarello, Georges (Ed.) (2005) *Historia del cuerpo, Tomo II: De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*, pp. 23-56. Buenos Aires, México, Bogotá: Taurus. Trad. Núria Petit y Mónica Rubio.

- Fernández-Pinto *et. al.*, (2008). “Empatía. Medidas, teorías, medición y aplicaciones” En *Anales de Psicología*. Murcia: Universidad de Murcia. vol. 24, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 284-298.
- Fernández-Pinto, Irene; López-Pérez, Belén y Márquez, María. (2008). “Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión”, en *Anales de psicología*. 2008, vol. 24, n° 2 (diciembre), 284-298.
- Frankl, Viktor. (1994) *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Fortanet, Joaquin. (2015). La mirada clínica en el análisis arqueológico de Foucault. En *Boletín Millares Carlo*, 31, pp. 78-100.
- Foucault, Michel. (2001). *El nacimiento de la clínica*. México: Fondo de Cultura Económica. Trad. Francisca Perujo.
- Foucault, Michel. (1978). “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”. En OPS. (1978) *Medicina e historia*. Washington: OPS.
- Fuchs, Thomas (2000). *Leib, Raum und Person*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, Thomas, (2017). *Das Gehirn als Beziehungsorgan*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, Thomas (2019). “Selbsterleben und Selbststörungen” en Fuchs, Thomas y Breyer, Thiemo (Ed.), (2019) *Selbst und Selbststörungen*. Freiburg/München, Karl Alber.
- Fuchs, Thomas. (2002). “Der Begriff der Person in der Psychiatrie” en *Nervenarzt* 2002, 73:239–246. Springer-Verlag 2002.
- Gadamer, Hans Georg. *El giro hermenéutico*. Madrid: Alianza.
- González de Rivera Revuleta, J. L. (2004). “Empatía y empatía” en *Psiquis*. Vol 25 (6): 243-245.
- Gribbin, John. (2002). *Historia de la ciencia*. Barcelona: Crítica.
- Grossheim, Michel. (2012). *Der Mensch in der Phänomenologie*. Rostock: Rostocker Manuskripte.
- Gulati, Aishwarya; Pomeranz, Corbin; Qamar, Zahara, et. al. (2020). “A Comprehensive Review of Manifestations of Novel Coronaviruses in the Context of Deadly COVID-19 Global Pandemic”. En *The american journal of the medical sciences*. Vol 360, (1), Julio, 2020, pp. 5-34.
- Heidegger, Martin. (2013). *Seminarios de Zollikon*. Barcelona: Herder. Trad. Ángel Xolocotzi.
- Henry, Michel. (2001). *Encarnación. Una filosofía de la carne*. Salamanca: Sígueme. Trad. Javier Teira, Gorka. Fernández, y Roberto Ranz.
- Herrero, Sara. (2016). “Formalización del concepto de salud a través de la lógica: el impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud.” En *Ene. Revista de enfermería*. Vol. 10, (2), Santa Cruz de la Palma. (Versión Online: URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)

Husserl, Edmund. (2005) *Ideas relativas a una fenomenología pura y a una fenomenología trascendental*. México: Fondo de Cultura Económica.

Husserl, Edmund. (2006). *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Tecnos. Trad. Mario A. Presas.

Husserl Edmund. (2012) *Cartesianische Meditationen: Eine Einleitung in die Phänomenologie*. Leipzig: Felix Meiner Verlag.

Husserl, Edmund. (2008) *Crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Buenos Aires: Prometeo Libros. Trad. Julia Iribarne.

Izquierdo-Domínguez, Adriana; Rojas-Lechuga; María Jesús; Mullol, Joaquim; Alobid, Isam. (2020) “Pérdida del sentido del olfato durante la pandemia COVID-19” En *Medicina clínica*, online: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.006>

Laín Entralgo, Pedro (1966). *La enfermedad como experiencia*. Madrid: Alianza Editorial.

León Sanz, Pilar. (2008). “Hacia una historiografía de la enfermedad: prácticas, profesiones y enfermos”. En *Memoria y civilización* 11, 243- 270.

Lejarra, Luciana. (2004). “La construcción social de la enfermedad”. En *Archivo Argentino de Pediatría*, 102 (4) Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, pp. 271-276.

Lugo, Elena. (1991). “El sentido ontológico de la enfermedad y de la enfermedad mental en particular”. En *Revista de Filosofía* de la Universidad de Costa Rica, 24 (70), pp. 133-142.

MacIntyre, Alasdair. (2004). *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica. Prefacio de Victoria Camps.

Mercado, Martín. (2020). *Filosofía, carne y persona. Reflexiones en torno a la Nueva Fenomenología de Hermann Schmitz*. Cuadernillo 16. La Paz: Instituto de Estudios Bolivianos.

Merleau-Ponty, Maurice. (1994). *Fenomenología de la percepción*. Ed. Península. Trad. Jens Cabanes.

Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Medicina e historia en el pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OPS.

Peña, Adolfo y Paco, Ofelia. (2002) “El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Segunda parte: Carencias y defectos en los intentos por lograr una definición general de enfermedad”. En *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Vol. 63 (3), pp. 223-232.

Peña, Adolfo y Paco, Ofelia. (2003). “El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad.” En *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Vol. 64, (1), pp. 55-62.

Ricoeur, Paul. (2011). *El sí mismo como otro*. México: Siglo XXI. Trad. Antonio Neira.

Porter, Roy y Vigarello, Georges (2005). “Cuerpo, salud y enfermedades” en Corbin, Alain; Jean-Jacques Courtine; Vigarello, Georges (Ed.) (2005) *Historia del cuerpo, Tomo I: Del Renacimiento a la Ilustración*, pp. 323-357. Buenos Aires, México, Bogotá: Taurus. Trad. Núria Petit y Mónica Rubio.

Rosa, Hartmut (2017). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.

Schmitz, Hermann. (2016). *Ausgrabungen zum wirklichen Leben. Eine Bilanz*. München, Freiburg: Karl Alber.

Schmitz, Hermann. (2009). *Kurze Einführung in die Neue Phänomenologie*. München, Freiburg: Karl Alber.

Serrano de Haro, Agustín. (2015) “Un nuevo ensayo de fenomenología del dolor”. En *Revista Aperiación*. N°. 3, pp. 129-135.

Suárez, Carmen; Berdasquera, Denis. (2000). “Enfermedades emergentes y reemergentes: factores causales y vigilancia”. En. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.16 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 2000. URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600011

Svenaesus, Fredrik. (2014). En Havi, Carel y Cooper, Rachel (Ed.) *Health, Illness and disease. Philosophical essays*. Londres, New York: Routledge. Pp. 97-112.

Tambellini, Ana María; Arouca, Sergio. (2019). “Medicina de la comunidad. Implicaciones de una teoría”. En *Revista Cubana de Salud Pública*. 2019; 45(4): e2200, pp. 1-10.

Taylor, Charles. (1996). *Las fuentes del yo. Orígenes de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.

Teichert, Dieter. (1999). *Personen und Identitäten*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Tesini, Brenda L. (2020) “Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS, SARS)”. En *Manual MSD*. Disponible on-line: <https://www.msd-manuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-s%C3%ADndromes-respiratorios-agudos-covid-19,-mers-y-sars>.

Treviño-Montemayor, R., Barragán Ledesma, L.E. and Ríos Valles, J.A. (2015). “El concepto de enfermedad y sus repercusiones en la investigación epidemiológica”. En *MEDICAreview. International Medical Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades Médicas*. 4, 2 (Mar. 2015). DOI:<https://doi.org/10.37467/gka-revmedica.v4.850>.

Torres, Juan Manuel. (2014). “El concepto de salud y su genetización”. En *Revista Instituto de Filosofía*, Universidad de Valparaíso, Año 2, (3), junio, 2014, pp. 13-21.

Varela et. al. (2001). *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa. Trad. Carlos Gardini.

Venebra, Marcela. (2016). *La reforma antropológica en la fenomenología*. Bogotá: Ed. Aula Libros.

- White, Haydn. (2015). *El texto histórico como artefacto literario*. Barcelona: Paidós.
- Wunsch, Matthias (2018). “*Vier Modelle des Menschseins*” en *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 66(4), 2018, 471-487.
- Zahavi, Dan y Gallagher, Shaun. (2013). *La mente fenomenológica*. Madrid: Alianza. Trad. Marta Jorba.
- Zamora, A. (2010). “Enfermedades emergentes y reemergentes”. En *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. Rev. bol. ped. v.49 n.3 La Paz 2010. versión On-line ISSN 1024-0675A URL: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752010000300001

Entrevistas

- Franco, s.a. (2020). Entrevista a Franco s.a. y testimonios de pacientes con COVID-19 de la televisora *Bolivisión*. Disponible en online: <https://www.facebook.com/watch/?v=593507628196059>. Sitio visitado el 1 de agosto.
- Amirat, Linda. (2020). Entrevista: “Linda Amirat: “Me decía, para sobrevivir, bebe un litro y medio de agua por día” (6/6)”. *France-24*. Disponible en online: <https://www.france24.com/es/20200517-serie-recuperados-covid19-linda-amirat>. Sitio visitado el 21 de julio.
- O’Dwyer, Callum (2020). Entrevista: “Coronavirus | “Pasaron 12 semanas y aún sigo sin fuerzas”: que es el síndrome de fatiga crónica que sufren muchos pacientes recuperados de covid-19”. Disponible en online: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53079927>. Sitio visitado el 21 de junio.
- The Washington Post*. “Testimonios de pacientes”. Disponible en online: <https://www.washingtonpost.com/es/tablet/2020/03/26/que-implica-estar-infectado-con-coronavirus/>
- Trujillo, Crispín. (2020). Entrevista. Superar el coronavirus. La Paz, *Bolivisión*. Disponible en online: <https://www.redbolivision.tv.bo/actualidad/-106588>. Sitio visitado el 21 de julio.