

MISCELÁNEA

EL CUERPO HORIZONTAL O ¿EL CUERPO COMO HORIZONTE?

THE HORIZONTAL BODY OR THE BODY AS A HORIZON?

MIRIAM TORRES ONTIVEROS*

* Doctoranda en Ciencias de la Educación en el Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México (ISCEEM), Maestra en Investigación de la Educación (ISCEEM), Licenciada en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Cursos realizados en: Trabajo con el duelo y la pérdida. Desde un enfoque humanista; Filosofía y existencialismo; Desarrollo de la inteligencia emocional desde una perspectiva humanista; Aplicación de técnicas de hipnosis Ericksoniana en el trabajo psicoterapéutico y Taller de sensibilización en género, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Funge como docente horas clase y Orientador técnico desde el 2006 en la Escuela Preparatoria Oficial del Estado de México (EPOEM) No. 143. Áreas de interés feminismo, cuerpo y salud-enfermedad. Correo: rianmimx@yahoo.com.mx

Fecha de entrega: 13 de diciembre de 2020

Fecha de aceptación: 25 enero de 2021

RESUMEN

En el presente artículo se plantea al cuerpo enfermo que generalmente se sitúa de manera horizontal, para lo cual, se realiza un bosquejo general del contexto del cuerpo desde una postura decolonial, así como las emociones y su relación con el mismo. Posteriormente se propone al cuerpo como un horizonte de posibilidades. Finalmente, se realiza una reflexión del olvido del cuerpo en los primeros meses de la pandemia por covid-19.

PALABRAS CLAVE: *Emociones, covid-19, pandemia, cuerpo enfermo, modernidad.*

ABSTRACT

In this article it is proposed the sick body, which is generally proposed in a horizontal way. In that order, a general outline

of the context of the body is made from a decolonial position, as well as the emotions and the relationship within. After that, it is proposed the body as a new horizon full of possibilities. As a conclusion, it is made a thought about the forgiveness of the body because of the first months of the covid-19 outbreak.

KEYWORDS: *Emotions, covid-19, Pemic, Sick Body, Modernity.*

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se busca una relación horizontal con el cuerpo, donde este sea un horizonte de posibilidades, lo que nos permitiría escucharlo de manera oportuna para evitar sufrir una enfermedad y tal vez vivirla como una posibilidad de cambio. La postura teórica desde la cual se abordará dicha temática será la decolonial.

El artículo se divide en cuatro apartados: en el primero se plantea el cuerpo como ignorado por la razón moderna, lo que lo lleva a un cuerpo enfermo. En el segundo se plantea al cuerpo como portador de emociones, las cuales son colonizadas por el mundo/moderno/colonial. En el tercer apartado se lee al cuerpo horizontal como producto de la enfermedad, pero también al cuerpo como un horizonte de posibilidades. Finalmente se realiza una reflexión del cuerpo y la situación pandémica que vivimos actualmente.

CUERPO DE MERCADO Y DEMARCADO

Los síntomas de una enfermedad planetaria, incubada por el modelo civilizatorio, afectan nuestros cuerpos y sentidos, se profundizan en medio de la arrogancia de la razón moderna, que ha intentado en vano controlar la vida y las inequidades sociales, donde los pobres no se cuentan (Toro, 2020). Quijano (2007) refiere que, en la explotación, es el cuerpo el que es usado y consumido en el trabajo y, en la mayor parte del mundo, en la pobreza, en el hambre en la mala nutrición en la enfermedad. Es el cuerpo el implicado en el castigo, en la represión, en las torturas y en las masacres durante las luchas contra los explotadores. En las relaciones de género, se trata del cuerpo. En la raza, la referencia es al cuerpo, pues el color presume al cuerpo.

Para Paredes (2013) el cuerpo es la forma de existir de cada ser humano, este nos ubica en el mundo y en las relaciones sociales que el mundo ha construido antes de llegar a él. Nuestros cuerpos son el lugar donde las relaciones de poder van a querer marcarnos de por vida, pero también pueden ser el lugar de la libertad y no de la represión. Es importante identificar que estamos en el mundo mezclados y comprometidos con él, es en él donde vivimos, y al querer ser libres al margen del mundo, no somos libres en absoluto; mi libertad y la del otro se anudan entre sí a través del mundo (Merleau-Ponty, 2015).

Devolverles el poder de su cuerpo, como plantea Merleau-Ponty (2015) se

caracteriza por la doble condición de objetividad y subjetividad, las cuales se cruzan proyectando su acción en el mundo. El cuerpo es concebido como una estructura viva, cuyo tejido envuelve el territorio en el que se encuentra situado.

El cuerpo tiene su mundo y permite que los objetos o el espacio puedan estar presentes en nuestro conocimiento sin estarlo en nuestro cuerpo. No hay que decir pues, que nuestro cuerpo está en el espacio ni tampoco que está en el tiempo. Habita el espacio y el tiempo. El cuerpo es nuestro medio general de poseer un mundo (Merleau-Ponty, 1994). A través de su cuerpo, el ser humano puede articular en el mundo un proyecto de vida, y lo hace gracias a sus percepciones, que no están en los objetos que mira, en el espacio en el que se posiciona o en el tiempo que transcurre, sino en su capacidad singular para habitar el núcleo de todos ellos, percibiéndolos a la vez como base de su existencia (Merleau-Ponty, 2015).

Gargallo (2014) plantea que en la comunidad el cuerpo es con el que los seres tocamos la vida, este merece espacio, tiempo concreto y simbólico, solo por estar en el mundo, así la comunidad respeta ese espacio y ese tiempo y lo sustenta con afecto por su propio ser. Cada cuerpo en la comunidad, en el sentido general y dinámico, es una parte del ser comunitario.

Las cosas y el mundo son dados con las partes del cuerpo, no por una geometría natural, sino en una conexión viva comparable, o más bien idéntica, con la

que existe entre las partes del cuerpo. La percepción exterior y la percepción del propio cuerpo varían conjuntamente porque son las dos caras de un mismo acto (Merleau-Ponty, 1994).

El cuerpo permite el encuentro, la comunicación y la relación íntima con otros, pero también se convierte, por su misma exposición, en objeto privilegiado de la deshumanización, a través de la racionalización, la diferenciación sexual y del género. El ideal de receptividad generosa sobre otras coordenadas para entender la corporalidad y la relación con otros, la cual supone una ruptura con las dinámicas raciales, así como con concepciones de género y sexualidad que inhiben la interacción generosa entre sujetos (Maldonado-Torres, 2007).

Al retomar al cuerpo como encuentro con el otro, como comunicación, considero pertinente hacer una reflexión con respecto a la situación que estamos viviendo en estos tiempos de pandemia ¿qué implica el cubrebocas?, dicen que no es tapabocas, es cubrebocas, pero tal vez y solo tal vez, sí tiene una doble intención: tapar esos comentarios, aún más tapar ese dolor, ese miedo que nos provoca la pandemia, y llevarnos a la represión de las emociones, ocasionando una somatización de las mismas que acarreará a un deterioro corporal y que repercutirá en nuestra calidad de vida.

EL CUERPO Y LA COLONIALIDAD DE LAS EMOCIONES

Es una paradoja que el cuerpo solo sea visto, sentido y a veces escuchado cuando hay dolor. Solo así volteamos a verlo, pero con enojo, reclamo y enfado porque lo culpamos del cambio que implica en nuestro día a día su alto, su horizontalidad como cuerpo enfermo. Cuando la enfermedad lo requiere, porque como sabemos no todas las enfermedades nos llevan a postrarnos en cama, sin embargo, generalmente hasta el momento en que se requiere de esa horizontalidad corporal es cuando tendemos a prestar más atención al cuerpo, ya que mientras podamos minimizar el dolor con algún medicamento, dejamos de lado las señales de nuestro cuerpo.

La experiencia del cuerpo nos hace reconocer una imposición del sentido que no es la de una conciencia constituyente universal, un sentido adherente a ciertos contenidos. El cuerpo es este núcleo significativo que se comporta como una función general y que, no obstante, existe y es accesible a la enfermedad. En él se aprende a conocer este nudo de la esencia y la existencia que vuelve a encontrar, en general, dentro de la percepción y que se tiene que describir, entonces, de manera más completa (Merleau-Ponty, 1994).

Las emociones consideradas por Piñeras, Ramos y Martínez (2009) como negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales

Por lo que, la psicosomática, a pesar de sus discrepantes teorías, constituye una disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos. Desde una concepción integradora de la medicina, entendemos que la enfermedad tiende a producir una desestructuración que siempre será global, es decir que en mayor o menor medida afectará a todas las dimensiones del sujeto, así como también a la interacción de este con su entorno (Martínez, 2011; González, 1991).

Por otro lado, en años recientes se ha desarrollado la relación existente entre los sistemas inmune, endocrino y nervioso, es decir la Psiconeuroinmunología. Desde tiempos remotos se conoce que, en los humanos, el estado de ánimo, así como las influencias del medio pueden afectar su salud (Fors, Quesada y Peña, 1999). Las investigaciones en esta rama han demostrado que factores biopsicosociales como el estrés psicológico y la depresión psíquica pueden influir en el sistema inmune. El estrés crónico ha sido asociado con supresión de la función inmune. Sin embargo, los estresantes psicológicos agudos y el ejercicio físico son activadores de la respuesta inmune (Fors, et. al 1999).

Según Corbera y Marañón (2013) la percepción es la manera en que la mente interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente del entorno. Por tanto, la percepción siempre subjetiva pone en evidencia el perceptor. Esto supone una tensión, pues el per-

ceptor siente la necesidad de defenderla. Como estas percepciones están condicionadas, debemos desarrollar la destreza mental suficiente que nos permita flexibilizarlas.

El resultado final del primer contacto social, en el que se intercambian miradas, gestos y palabras, suele expresarse a través de metáforas que evoca la sensación de calor o de frío, por ejemplo, un encuentro cálido, o bien, la acogida fue fría. En estos conceptos abstractos, expresados mediante metáforas, el calor es interpretado como afecto y el frío como desafecto, en tanto que, si se quiere expresar indiferencia, se dice que el encuentro no le produjo ni frío ni calor. En todas estas expresiones se cumple la definición según la cual la esencia de la metáfora consiste en experimentar y comprender una cosa en términos de otra (Lakoff, 2005 en Pera, 2012), y se pasa del plano psicológico (desafecto) al plano físico (frío), aunque siempre dentro de la corporalidad.

Lo primero que se percibía dentro de un campo existencial es la presencia de los objetos y sus cualidades, las cuales no se presentan simplemente yuxtapuestas las unas a las otras, sino que mantienen una relación de seducción o fascinación con las personas. Por lo tanto, los objetos no son cosas simplemente neutras que se contemplan, sino que cada uno de ellos evoca para los sujetos una reacción favorable o desfavorable. En los objetos que rodean a las personas se podía leer la actitud que adoptaban frente al mundo (Merleau-Ponty, 2015).

En cada momento descodificamos sensorialmente el mundo al transformarlo en informaciones visuales, auditivas, olfativas, táctiles o gustativas. Por consiguiente, ciertos rasgos del cuerpo escapan totalmente del control voluntario o de la conciencia del sujeto, pero no por eso pierden su dimensión social y cultural. Las percepciones sensoriales del campesino no son las del habitante de la ciudad. Cada comunidad humana elabora su propio universo sensorial como universo de sentido. Cada sujeto se apropia de su uso de acuerdo con su sensibilidad y los acontecimientos que fueron puntuando su historia personal, por lo que la configuración de los sentidos, la tonalidad y el contorno de su despliegue, tiene naturaleza social y no solamente fisiológica (Le Breton, 2002).

Torregrosa (1984) plantea que el hecho de que las emociones sean socialmente construidas, no quiere decir que tengan que ser improvisadas en cada situación concreta de interacción. La sociedad no puede dejar a la mera espontaneidad individual o interpersonal lo que ha de sentirse en cada situación concreta, en cada uno de sus ámbitos institucionales, en cada uno de sus estatus o roles sociales. Establece, por tanto, normas o reglas de las emociones, del sentir adecuado para esas situaciones y que progresivamente se van instaurando en la economía psíquica de la persona.

Esta creencia en la causalidad unilateral de las emociones desde el cuerpo forma parte en realidad de una imagen de la naturaleza humana fundamental-

mente negativa, pesimista y cerrada. Una imagen que de antemano considera como inútil e ilusoria cualquier esperanza o voluntad de cambio. El hombre es visto como una criatura determinada fundamentalmente por instintos y emociones, entre los que pocas veces entran los de altruismo y solidaridad. Todo aspecto positivo del hombre no forma parte de su naturaleza básica, es aditivo o barniz irrelevante. No se trata obviamente de contraponer una imagen idealizada como contrapunto, pero sí de indicar que se trata de una imagen unilateral e incompleta. Frente a esta posición organicista o biologicista cabe contraponer una perspectiva que vendría a sostener que la experiencia y el contexto social no intervienen solo como catalizadores o desencadenantes en las emociones, como simple barniz superficial, sino como origen constitutivo de las mismas, con una relativa autonomía causal respecto de sus basamentos neurofisiológicos (Torregrosa, 1984).

Existen investigaciones epidemiológicas que examinan los factores sociales y psicológicos asociados a la salud y la enfermedad y muestran cómo las personas que experimentan un apoyo social energético, aquellas que tienen fuertes nexos afectivos con los familiares y amigos, viven más que las que los tienen. El nivel de mortalidad es más elevado en la gente que está aislada que la que está acompañada (Kort, 1995).

Ciertas sociedades absorben el cuerpo, como absorben a los individuos y otras, a la inversa, diferencian al indivi-

duo, no pueden sino acentuar las fronteras del cuerpo, que entonces operan como factor de individuación. La modernidad, aunque sería más pertinente plantear el mundo/moderno/colonial, a menudo ambivalente con respecto a este tema es, en su conjunto, poco hospitalaria del cuerpo. Su establecimiento está basado en una negación ritual de las manifestaciones corporales (Le Bretón, 2010).

Esa ambivalencia se refiere a la exaltación la juventud de dicho cuerpo demeritando y sancionando el deterioro natural del mismo, pero a la vez lo niega, para ella es solo un instrumento de consumo, para el consumo y con el que consumo. Con la situación pandémica que vivimos en estos momentos el cuerpo es quien vive los estragos de esta y en especial se acentúa en aquellos cuerpos deteriorados por el consumismo característico de este mundo/moderno/colonial.

Sin embargo, lo simbólico que impregna el cuerpo le da al sujeto los medios de una ocultación óptima de esta realidad ambigua con la que está vinculado. El cuerpo es el presente ausente, al mismo tiempo pivote de la inserción del hombre en el tejido del mundo y soporte *sine qua non* de todas las prácticas sociales; solo existe, para la conciencia del sujeto, en los momentos en que deja de cumplir con sus funciones habituales, cuando desaparece la rutina de la vida cotidiana o rompe el silencio de los órganos (Le Bretón, 2010). Como sucede en estos momentos de pandemia donde el cuerpo refleja los daños de esta, sin

embargo, pareciera ser solo un instrumento de portación del virus.

Los daños resultados de la brusca acentuación del cotidiano asedio sobre el cuerpo humano, sea este silencioso o ruidoso, provocado por agentes de su entorno, visibles o invisibles, humanos y no humanos, e incluso por el mismo, se hacen objetivos en la herida, la enfermedad, la segregación social, la prisión, el secuestro y la muerte (Pera, 2012).

En definitiva, el verbo cuidar y sus formas gramaticales derivadas como cuidado, tienen más enjundia que una simple acción manual o instrumental, al estar enraizadas etimológicamente en el propio pensar. El verdadero cuidado del cuerpo exige, pues prestar atención al cuerpo, pensándolo, desde el propio cuerpo, en el que se vive. A partir de ese momento, el cuerpo enfermo, cansado, debilitado, dolorido, preocupado y, a veces, desesperanzado, se convierte en objeto para la mirada del médico, quien busca, en su territorio corporal, las huellas de la enfermedad (Pera, 2012).

Es una paradoja el hecho de poder percibir el cuerpo solo en el momento en que tiene una molestia, dolor o enfermedad. Es aquí donde la enfermedad puede permitir el darse cuenta, a ser consciente, de que no se está con el cuerpo, y al no estar con el cuerpo, no se hace propio, sino que pareciera que se está fuera de él o a pesar de él.

EL CUERPO COMO HORIZONTE DE POSIBILIDADES

La horizontalidad del cuerpo en esta pandemia requiere la horizontalidad entre el cuerpo y la mente, sin jerarquizarlo. Los cuerpos tomaron tiempo para incorporarse de manera vertical, pero se ha transformado en una característica que la diferencia de otros animales, por ello cuando se torna de manera horizontal se cuarta su visión del mundo por lo que se puede volverse un evento violento, para él y los demás cuerpos que lo rodean.

En algunas sociedades se implica la ritualización de las actividades corporales. En ese momento el sujeto simboliza a través del cuerpo (gestos, mímicas, etc.) la tonalidad de la relación con el mundo. En este sentido, el cuerpo, en cualquier sociedad humana, está siempre significativamente presente. Sin embargo, las sociedades pueden elegir entre colocarlo a la sombra o a la luz de la sociabilidad. Las sociedades occidentales eligieron la distancia y, por lo tanto, privilegiaron la mirada y, al mismo tiempo, condenaron al olfato, al tacto, al oído e incluso al gusto, a la indigencia (Le Breton, 2010).

Simultáneamente con el despliegue de la experiencia corporal, esta modela sus percepciones sensoriales a través de la integración de las nuevas informaciones. Percepciones de los colores, gustos, sonidos, grado de ductibilidad del tacto y umbral del dolor. La percepción de los innumerables estímulos que el cuer-

po puede recibir en cada momento es función de la pertenencia social y de su modo particular de inserción en el sistema cultural (2002).

La sociedad en su contexto histórico cultural determina el tipo de medicina que se practica, ya sea de manera dominante o en manifestaciones marginales, muchas veces preservadas por ciertos grupos de población. En este sentido, lo que es enfermedad para una sociedad, puede no serlo para otra, y la consecuencia más importante de esta reflexión es que un programa de salud eficiente para una sociedad puede ser poco útil para otra (Rojas, 2009).

La salud y la enfermedad son expresiones básicamente culturales. El sistema cultural en el cual vive el hombre determina cuándo, cómo y por qué un individuo está enfermo, y a la vez proporciona los medios para mantenerse sano o para recuperar la salud cuando la ha perdido (Lara, 2005 citado en Nava, Cardoso y Pascual, 2012). Los fenómenos de salud y enfermedad responden a la diversidad cultural en tanto que son construcciones sociales (Nava et. al., 2012). “La cultura es un conjunto de conocimientos, creencias y comportamientos que incluyen lenguaje, costumbres, tabúes, códigos, instrumentos, técnicas, valores, ideales, etc.” (Lara, 2005 en Nava et. al., 2012 p. 143). Por tanto, la cultura funge como un sistema configurado de patrones o conductas dirigidas a la preservación de las sociedades.

En lo que respecta a la enfermedad, Rojas (2009) la define como la alte-

ración más o menos grave de la salud. Esta, aunque tiene bases materiales muy concretas, la forma en que se concibe pertenece al universo de lo subjetivo, de la ideología de la persona que la sufre, del médico que la atiende y del sistema y cultura de la sociedad en donde ambos están inmersos, todo esto, en un tiempo y espacios específicos en donde los cuatro factores coinciden. Pera (2012) desde el punto de vista teórico argumenta que, el cuerpo enfermo se opone dialécticamente al cuerpo sano. El primero es un espacio biológico deteriorado, no ya por el prolongado uso, sino por una intempestiva agresión al equilibrio orgánico que, en su conciencia, entiende como su personal estado de normalidad. Por el hecho de estar enfermo, el cuerpo lleva a cuestras algo que le amenaza y, mientras no recupere su estado de salud, corre el riesgo de cumplir antes de tiempo con su intrínseca caducidad biológica, la de ser un cuerpo para la muerte. Este cuerpo es también un espacio biológico cuya tensión vital ha disminuido significativamente dentro de sus límites, hasta el punto de que se ve obligado a dejar de hacer lo que hasta entonces hacía en su ámbito laboral, por lo que queda excluido, al menos transitoriamente, del espacio social donde cumplía cotidianamente su función.

La debilidad del cuerpo enfermo puede llegar a afectar a su verticalidad, lo que le obliga a recurrir a la posición horizontal: los cuerpos enfermos, cuando son dominados por la fuerza de la gravedad, tienden a permanecer acos-

tados más tiempo del habitual incluso necesitan guardar cama. A partir de ese momento, el cuerpo enfermo, cansado, debilitado, dolorido, preocupado y, a veces, desesperanzado, se convierte en objeto para la mirada del médico, quien busca, en su territorio corporal, las huellas de la enfermedad (Pera, 2012). En posición horizontal el cuerpo, sea en decúbito supino, prono o lateral, con su sistema de masas o depresiones, es un complejo espacio que puede ser cartografiado. Hay cuerpos en los que dominan las planicies, y cuerpos montañosos, abundantes en promontorios, colinas, hondonadas y valles. La geografía del cuerpo es básicamente ortografía, descripción de montañas y valles y también topografía, en cuanto descripción referenciada de lugares concretos en su superficie (Pera, 2012).

CONCLUSIONES

En un contexto de crisis ecológica planetaria, que se expresa en nuestros cuerpos como síntoma de la incubación del modelo civilizatorio, parece que no hay vuelta atrás hacia la normalidad. Esta crisis de sentido invita a pensar y repensar el pensamiento del mundo/moderno/colonial que produce patologías que parecieran inmunizar a los poderes económicos y políticos de sus deberes societarios. Pero, sobre todo, este modelo reproduce en su omnipotencia más injusticia humanitaria y una deshumanización de la sociedad (Toro, 2020).

La interculturalidad en salud más fácilmente detectable y habitual con la que nos topamos es una retórica empleada a nivel institucional inclusive por algunas agencias y fundaciones multilaterales o no gubernamentales, pero no es de mucha utilidad en el desarrollo de programas de salud eficaces, sino un arma política, inclusive como instrumento de continuar (por acción u omisión) la dominación y control colonial de otras culturas y sociedades, en este caso, por la lógica y poder biomédico occidental, enmascarado en ocasiones bajo los términos de desarrollo, cooperación, ayuda humanitaria, solidaridad y hospitalidad (Flores, 2011).

La lección más importante de la pandemia es que no podemos continuar con la forma en que hemos vivido en esta casa común durante los últimos dos siglos. Todos somos interdependientes y dependientes de la cooperación. Debemos cambiar nuestra relación con la tierra y, sobre todo, la relación con y entre nosotros mismos. Debemos cambiar las formas de aprender, hacer, producir, distribuir y consumir; sobre todo, debemos cambiar las formas de relacionarnos (Toro, 2020). Por ejemplo, desde la concepción de la medicina occidental, el dolor tiende a ser una situación que debe evitarse e ignorarse, cuestión que nos ha llevado a vivir sobre la medicación excesiva y poco efectiva. Sin embargo, en nuestro cuerpo, el dolor tiene la función de alertarnos, de acercarnos a nosotros y escucharnos, pero tendemos a experimentar el dolor con miedo y rechazo, lo

que caracteriza a la colonialidad y nos lleva a reforzar la colonialidad del ser. Cuando el rechazo al dolor se acompaña del miedo a la muerte nuestra o de un ser querido puede generar reacciones corporales que se representan por medio de la enfermedad.

Sin embargo, Nava, et. al. (2012) refieren que tanto las enfermedades del cuerpo y las de la mente son el aspecto medular del que parte el médico indígena tradicional. Es gracias a la subjetividad de quien solicita sus servicios, que puede percatarse de las necesidades de las personas que atiende. El considerar la opinión de las personas para elección del tratamiento permite responsabilizarlas de su propia salud, lo que, a su vez, aumenta la probabilidad de que se sigan las recomendaciones (Ramírez, 2010 en Nava et. al., 2012). La eficacia del médico indígena tradicional radica tanto en él, como en las personas que solicitan sus servicios, comparten un sistema de creencias, por lo que se facilita la confianza y fe. En contraparte, el personal de las unidades sanitarias posee un sistema de creencias basado en la biomedicina, el cual se impone a las personas que solicitan el servicio, imposibilitando así el apego al tratamiento (Cardoso, 2007 en Nava et. al., 2012).

Con la pandemia por covid-19 se acentúa aún más el alejamiento del paciente y el acercamiento a la enfermedad con el olvido del cuerpo que enferma, esto representa un reto para la medicina occidental, pero ¿cuánto está dispuesta a enfrentarlo? o peor aún ¿tendrán los

médicos las herramientas necesarias para hacerlo? Tal vez sea necesario un cambio de paradigmas, buscar perspectivas donde se pueda rescatar ese cuerpo, esas subjetividades y se priorice la intersubjetividad de ese cuerpo demarcado por la enfermedad o tal vez no por la enfermedad, sino por la forma en que la medicina occidental concibe a la enfermedad.

La pandemia se muestra como enfermedad no como síntoma (Hackeo, 2020) y el cuerpo como el portador, y en algunos momentos como el culpable de esta. La propuesta de Hackeo implica cuestionar las estructuras de opresión que reproducimos cotidianamente. A lo que agregaría que en ese cuestionar es necesario identificar qué papel juega el cuerpo para los otros, para nosotros.

La propuesta es crear, mediante la traducción, una inteligibilidad entre la Medicina tradicional y la Medicina occidental. Teniendo siempre presente el riesgo latente de la colonialidad en todas sus vertientes, del poder, del saber, del ser y del género. Es decir, retomar otras miradas que nos permitan mirarnos, mirar ese cuerpo olvidado, relegado, explotado, horizontalizado y encontrar la posibilidad en él de ser y estar en armonía. Desmembrar estructuras opresivas donde el cuerpo sea un horizonte de posibilidades que permita potenciar lo colectivo por un bien común.

REFERENCIAS

- Corbera, E. y Marañón, R. (2013). *Bio-descodificación. El código secreto del síntoma. Diccionario. Guía Biológica*. Barcelona: Índigo.
- Flores, J. (2011). Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para ONGDs con proyectos en salud en América Latina. *Revista Debates. Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, pp. 1-15.
- Fors, M., Quesada, M. y Peña, D. (1999). La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliográfica. *Revista cubana Investigación Biomédica* 18 (1), pp. 49-53.
- Gargallo, F. (2014). *Feminismos desde Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América*. México: Corte y confección.
- González, J. (1991). Teoría y práctica de la psicósomática. *Revista Monografías de Psiquiatría* 3 (3), pp.1-4.
- Hackeo, C. (2020). Hackear la pandemia. Estrategias narrativas en tiempos de COVID-19. En O. Quijano y C. Corredor (Compiladores), *Pandemia al Sur* (pp. 100-113). Buenos Aires: Prometeo Libro.
- Kort, F. (1995). Interacción mente-cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psicología* 27 (3), pp. 497-501.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Le Breton, D. (2010). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Maldonado-Torres, N. (2007) Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En S. Castro y R. Gosfoguel (Compiladores), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá de capitalismo global* (pp. 127-167) Bogotá: Siglo del hombre.
- Martínez, S. (2011). Enfermedades psicósomáticas y cáncer. A propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), pp.1-32.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta Deagostini.
- Merleau-Ponty, M. (2015). *El cuerpo es el medio que nos permite la comunicación con el mundo*. Barcelona: Aprender a pensar.
- Nava, C., Cardoso, M. y Pascual, R. (2012). El significado subjetivo de la salud en un médico indígena tradicional de Zongolica, Veracruz. *Anales de Antropología* (46), pp. 251-271.
- Paredes, J. (2013). ¡¡Ahora es cuando!! En J. Paredes. *Hilando fino. Desde el feminismo comunitario* (pp. 95-119). México: Comunidad Mujeres Creando Comunidad.
- Pera, C. (2012). *El cuerpo asediado. Meditaciones sobre la cultura de la salud*. Madrid: Triacastela
- Piqueras, J., Ramos, V. y Martínez, A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Revista Suma Psicológica*, 16 (2), pp. 85-112.

- Quijano, A. (2007). Colonialidad del poder y clasificación social. En S. Castro y R. Gosfoguel (Compiladores), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá de capitalismo global* (pp. 93-126) Bogotá: Siglo del hombre.
- Rojas, M. (2009). *Tratado de Medicina Tradicional Mexicana*. México: Tlahui.
- Torregrosa, J. (1984). *Emociones, sentimientos y estructura social. En estudios Básicos de Psicología social*. Barcelona: Hora.
- Toro, C. (2020). Aprendiendo de saberes y haceres. Los Nadies en tiempo de Pandemia. En O. Quijano y C. Corredor (Compiladores), *Pandemia al Sur* (pp. 100-113). Buenos Aires: Prometeo Libro.