

ENFERMEDADES TERMINALES, FINITUD Y ALIENACIÓN

Mauro Donnantuoni Moratto
Universidad de Buenos Aires

Resumen: Luego de intentar hacer una descripción de la enfermedad según las dimensiones de la existencia, la pasión y el conocimiento, correspondientes cada una a las dimensiones que Sartre presenta para el cuerpo en *El ser y la nada*, el presente trabajo se abocará a analizar el modo como son existidas, padecidas y conocidas las enfermedades terminales por el paciente. La conclusión será que la pasión de este tipo de enfermedades según sus habituales connotaciones de culpa y castigo es el resultado de la existencia afectiva de un destino miserable construido a partir de un peculiar tipo de alienación psicológica.

Palabras clave: enfermedad – existencialismo – alienación – Sartre, Jean Paul – cuerpo

Abstract: After trying to make a description of the disease according to the dimensions of existence, passion and knowledge (following to the dimensions that Sartre presents for the body in *Being and nothingness*), this work will analyze the way that terminal diseases are existed, suffered and known by the patient. The conclusion is that the passion -usually conceived as guilt and punishment- of this type of diseases is the result of the affective existence of a miserable destiny, wich is built from a peculiar type of psychological alienation.

Key Words: disease - existentialism – alienation – Sartre, Jean Paul – body

“Es la muerte, y yo pienso en el intestino.
Pienso en el modo de curar el intestino,
cuando esto es la muerte.”

Iván Illich

“Lo peor de todo era que *ella* no atraía su atención para que hiciese algo, sino tan sólo para que la mirase a los ojos, para que la mirase y, sin más, sufriera indeciblemente.”

León Tolstói

1. Introducción

El problema central del presente trabajo será la relación entre la enfermedad y el cuerpo. Su aparente trivialidad, cuya solución podría ser concebida como la tarea de la ciencia médica de vincular causalmente las distintas enfermedades con su locación específica dentro del cuerpo y lo que los pone en tal relación (SIDA-sistema inmunológico-VIH; trauma-hueso-golpe; locura-cerebro-descompensación química o psíquica), adquiere cierta complejidad filosófica cuando se advierte las distintas dimensiones en que pueden ser analizados tanto las enfermedades en general así como el cuerpo. En efecto, es bien presumible que a las diferentes dimensiones del cuerpo tal como es *existido*, *padecido* y *conocido* (cuerpo *para-mí*, cuerpo *psíquico* y cuerpo *para-otro*)¹ les sean correlativas equivalentes maneras de que el paciente sea, padezca y conozca la enfermedad.

A la cuestión de tales correlatividades debe sumarse la problemática peculiar ligada a las *metáforas*² que surgen tanto de las concepciones vulgares como científicas de las enfermedades, especialmente las terminales y *misteriosas*, de tal suerte que el abordaje teórico o terapéutico de una determinada enfermedad queda irremediamente atado a consideraciones que van mucho más allá del fenómeno estrictamente material o físico de la enfermedad; de entre tales consideraciones, aquellas que interesarán a mi trabajo pueden dividirse, en principio, en dos grupos:

1- las relativas a factores caracteriales tomados como causas o motivantes de la enfermedad.³ Así, pertenece a la imaginería general la creencia de que determinadas características de la personalidad y el temperamento del paciente suscitan la gestación corporal de agentes consuntivos que llegarán a desarrollarse como báculos o tubérculos⁴ que adquirirán un significado *punitivo* en virtud del cual el paciente es

¹ Cf. Sartre, 1998, capítulo II de la Tercera parte “El cuerpo”.

² Aquí el término “metáfora” se utiliza en el sentido amplio con el cual trabaja Susan Sontag en *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*, con el cual se designa no sólo a las imágenes eufemísticas que se asocian con la enfermedad, sino también a toda una gama de significados y atribuciones de las enfermedades terminales que exceden las evidencias empíricas.

³ Cf. Sontag, 1996, pp. 43-44 y 49 y ss.

⁴ Van estos ejemplos, ya que el trabajo de Sontag se centra en las representaciones creadas en torno a la tuberculosis en el siglo XIX y el cáncer en el siglo XX.

considerado responsable o culpable⁵ de la contracción de la enfermedad e, incluso, de la eventual pero poco probable cura;

2- las relativas al carácter existencial de la enfermedad por el cual ésta torna peculiarmente patente la finitud del hombre al estrecharlo con su destino mortal. Esta cuestión adquiere especial significación si se toma en cuenta el carácter hereditario que suele atribuirse a este tipo de enfermedades o la natural propensión a ellas que se asigna a los pacientes; este carácter, a su vez, entra en una particular relación con el desconcierto y desazón que aqueja al paciente ante el advenimiento de la enfermedad y que se expresa según la fórmula usual: “¿Por qué a mí?”⁶ De este modo, la patencia de la finitud asume una tonalidad miserable cuando el paciente se siente a la vez predestinado a su enfermedad (herencia o predisposición) sin ser ésta esencial a su condición de hombre (“¿Por qué a mí?”) Así, el afectado ve acaecer en el desarrollo de su enfermedad el desenvolvimiento de un destino típicamente humano (la muerte) pero de un modo miserable (muerte prematura y dolorosa).

El tema de mi artículo será, por tanto, el modo como estas consideraciones sobre la enfermedad son suscitadas por la constitución de la misma en un fenómeno corporal del ser para-sí según las instancias del ser o existencia, la *psíquis* y el conocimiento objetivo. La hipótesis que da orientación e inspiración al desarrollo de tal tema es la siguiente: *Aquellas enfermedades consideradas terminales y misteriosas, en tanto son fenómenos exteriores y mundanos conformados por el conocimiento de los otros y las objetivaciones de lo que es para-sí incaptable, desembocan en la existencia y pasión de lo que puede llamarse una finitud alienada.*

2. El cuerpo para-sí y las dimensiones primeras de la enfermedad

La primera definición que da Sartre del cuerpo para-sí es “*la forma contingente que la necesidad de mi contingencia toma.*” [Sartre, 1998, p. 393] Desde este punto de vista, el cuerpo para-sí es la facticidad misma del ser-para-sí en la medida que este es él mismo su facticidad. Es necesario recalcar la indistinción entre el cuerpo y la conciencia en el sentido de que “el ser-para-sí debe ser íntegramente cuerpo e íntegramente conciencia.” [Sartre, 1998, p. 389] Así, el cuerpo para-sí es la modalidad que adopta la necesidad del ser-para-sí de ser-en-el-mundo,

⁵ Cf. Sontag, 1996, pp. 61 y ss.

⁶ Cf. *idem*, p. 44.

es decir, es la necesidad del para-sí de estar en una relación inmediata con las cosas dentro del mundo, y el cuerpo necesariamente hace manifiesta y realiza esta necesidad según una forma totalmente contingente; por eso dice Sartre que el para-sí debe ser necesariamente cuerpo: porque su trascender hacia los entes debe realizarse a través de un *comprometimiento* en el mundo⁷. Entonces, el cuerpo destaca él mismo como necesario porque sin él el para-sí no tendría un anclaje en el mundo, ya que las cosas no indicarían un punto de vista desde el cual son aprehendidas, sino que la conciencia las sobrevolaría, lo cual daría las conocidas dificultades de cómo lo que es subjetivo e interior, como la vida de la conciencia, puede entrar en relación con el mundo objetivo. La relación entre el para-sí y el en-sí es, gracias a la intervención del cuerpo, enteramente objetiva, en la medida en que las cosas-utensilios indican al cuerpo como punto de vista y como punto de partida (ambas cosas dan un *punto de referencia*), que corresponden, dentro de un espacio *hodológico*, a las determinaciones del cuerpo para-sí como *sentido* y como *utensilio primero*: 1- el sentido no es, para Sartre, un receptáculo de la subjetividad donde las cosas y la luz impriman *sensaciones*, sino más bien el conjunto de los objetos *sentidos* (los objetos vistos, oídos, etc.) que tienen la característica enteramente objetiva de estar *orientados* hacia un punto de vista desde el cual aparecen y que se identifica plenamente con el cuerpo⁸; y 2- el cuerpo como agente está inserto en la cadena de *manipulaciones* de las cosas-utensilios como punto de partida: cada ente remite a otros en la medida en que sirve para manipularlos o debe ser manipulado por ellos; así, queda constituida una red de remisión de *utilidad* donde el cuerpo está constantemente indicado por los entes como aquel utensilio que ya no puede ser manipulado por ningún otro y que es el comienzo de la cadena que logra evitar la regresión al infinito. De esta manera, queda constituido un orden objetivo del mundo cuya orientación consiste en el modo como las cosas-utensilios indican al ser-para-sí en tanto punto de referencia corporal. Con respecto al cuerpo así considerado, caben dos observaciones relativas a la trascendencia:

⁷ Cf. Sartre, 1998, pp. 393-394.

⁸ Así resulta que debe incluirse en la organización formal del mundo objetivo los fenómenos de la perspectiva y del solapamiento entre objetos, ya que pertenecen a la relación que éstos mantienen con el cuerpo como punto de vista; recuérdese que no puede darse el caso de que la conciencia sobrevuele los objetos captando sus presuntas posiciones absolutas.

1- El para-sí no puede *trascender hacia* (*trascender vers*⁹) su propio cuerpo; esto quiere decir que no puede captarlo al modo del en-sí como objeto de sus proyectos, porque coincide justamente con la captación y la ejecución de esos proyectos mismos; no puede tener un punto de vista sobre el cuerpo ni manipularlo con otro utensilio sin antes objetivarlo y tomarlo como un cuerpo ajeno del mismo modo como no puedo tocar mi mano *en tanto que tocante*¹⁰, porque ambas cosas implicarían una regresión al infinito.

2- El cuerpo es, más bien, lo *trascendido* (*dépassé*¹¹) o superado en el proyectar del para-sí. Así, el cuerpo, en tanto facticidad, es lo que el en-sí hace del para-sí en el surgir nihilizador de éste: En la orientación que adopta el orden del mundo, el cuerpo es indicado como parte integrante de éste y en esta indicación (que sólo podría ser captada reflexivamente de manera vacía, pero que permanece incaptable en sí misma por la conciencia no-tética), el cuerpo y el mundo son dos prolongaciones del en-sí ya negado por el para-sí; pero mientras el mundo es aquello hacia lo que apunta el proyecto, el cuerpo expresa la cristalización de la situación que se quiere superar (*dépasser*)¹². El cuerpo es, por tanto, el Pasado del ser-para-sí en tanto sedimentación asumida de las determinaciones (nacimiento, raza, carácter, clase social, etc.) que el en-sí le marcó como su contingencia; es decir que es lo que el para-sí *es* sin tener que serlo; el para-sí es el fundamento de su propia nada, pero no de su ser.

Estas dos observaciones mientan la relación entre el cuerpo y la conciencia, que Sartre caracteriza como *existencial*, en contraposición con la relación *objetiva* que mantienen el cuerpo y las cosas-utensilio: Que la conciencia *exista* el cuerpo quiere decir que la conciencia proyecta su libre elección sobre el mundo según una manera contingente que ella es y que es *afectivamente* de acuerdo al modo como los objetos

⁹ Trascendencia, en este sentido, es “un escapar de sí hacia el objeto.” Cf. Sartre, 1998, p. 139.

¹⁰ Cf. idem, pp. 394-399.

¹¹ Trascendido, en este sentido, hace referencia a aquello de que se escapa en el trascender. Para una diferenciación entre *trascender* y *dépasser*. Cf. “Índice terminológico y temático” de Juan Valmar, en Sartre, 1998, p. 771.

¹² Hay que recordar que en esta instancia en que Sartre caracteriza el cuerpo como “obstáculo”, las distinciones entre el cuerpo y el mundo sólo pueden ser de orden conceptual y nunca real.

indican al cuerpo: Según lo señala Sartre, el cuerpo es una estructura consciente de la conciencia que destaca como su “contextura”. Si la conciencia no *fuera* a la vez cuerpo, esto es, si no tuviera una *textura de ser*, su deseo sería suficiente para que sus proyectos se realicen, puesto que su proyecto sería un puro trascender nihilizador a partir de sí misma; en este caso, la conciencia determinaría inmediatamente al en-sí *ex nihilo*. Pero el *factum* del cuerpo es el surgir del para-sí a partir del en-sí según una manera peculiar y contingente; “pero este cuerpo incaptable es precisamente la necesidad de que *haya una elección*, es decir, de que no soy *todo a la vez*.” [Sartre, 1998, p. 416] Finalmente, esta relación entre conciencia y cuerpo está caracterizada por una cierta afectividad que Sartre no parece desarrollar muy exhaustivamente en el texto, pero que, *prima facie*, parece asimilable a la *disposicionalidad afectiva* o *encontrarse* del *Dasein*, es decir, que es aquel rasgo existencial por el cual el ser-en-el-mundo es “abierto” a este mundo, además de mostrarle su ser como una carga, es decir, el puro hecho de que es y ha de ser según la responsabilidad existencial de tener que hacerse sin ser responsable de su ser-ahí; este carácter hace posible el interés del *Dasein* por los entes según los modos de la versión y la aversión¹³. El mismo Sartre hace referencia a este papel *motivante* del cuerpo en tanto Pasado y afectividad, pero es de destacar por última vez que ambos caracteres del cuerpo son dados por la recuperación del para-sí por el en-sí; para el caso de la afectividad, Sartre nos da por toda explicación un ejemplo que la haría particularmente patente: el dolor físico no es primeramente el signo local de una afección subjetiva; el dolor *de* ojos (la expresión es inadecuada para el caso de la existencia del cuerpo) por ejemplo no es otra cosa que el ojo mismo, pero no tomado como órgano sensible (esto sería objetivarlo) sino como dificultad de ver las cosas, la neblina del ambiente y la necesidad de cerrar los párpados, es decir, de “apagar” la vista. La conciencia existe este dolor que es incaptable por la atención en la manera afectiva en que las cosas indican al cuerpo y que será, por tanto, aquello de lo cual la conciencia escapa en el proyectar (lo trascendido-*dépassé*) y el motivo de su proyectar. Las cosas-utensilios, al demandar la aprehensión y manipulación del cuerpo, lo indican

¹³ Cf. Heidegger, 2003, pp. 151 y ss.

dolorosamente,¹⁴ lo cual motiva al para-sí a superar esta situación mundana hacia una no-dolorosa.¹⁵

Pero resulta que la conciencia reflexiva puede de algún modo volverse sobre esta afectividad en que se modaliza su textura e intentar *ponerla* para captarla. En tal circunstancia, la conciencia ya no puede *existir* la afección del caso porque no está siendo indicada por los objetos del mundo como la contingencia recuperada por el en-sí; la conciencia más bien tiende a poner a distancia la afección respecto de sí misma y a constituir la en un objeto, pero en un objeto que, por un lado, es independiente de la conciencia y que, paradójicamente, sólo puede aparecer a través de ella; es decir, que la conciencia *tética* que se vuelve sobre una afección hace de ella un objeto *psíquico*, el cual queda caracterizado como trascendente y pasivo¹⁶: por una parte, exhibe un tiempo propio que se desliga de los tiempos exterior y de la conciencia, con un pasado y un porvenir distintos a los de los proyectos del para-sí y que se les superpone; por la otra, presenta características análogas a las de la conciencia: unidad, interioridad y espontaneidad. Así es como se constituye la afección en un agente mágico que aparece y desaparece a capricho y que mantiene una perfecta identidad a través de sus múltiples apariciones. Ahora bien, si tenemos en cuenta que este ente psíquico no es captado por una conciencia cognoscitiva (para lo cual se requeriría la intervención del Otro, como veremos más adelante), ya que “uno se dirige primero sobre el propio dolor¹⁷ para odiarlo, para soportarlo con paciencia, para aprehenderlo como intolerable...” [Sartre, 1998, p. 426], entonces, no sólo no es *existido*, sino que tampoco es *conocido*; es, más bien, *padecido*: el cuerpo ya no es la afección, sino la materia donde ella

¹⁴ El dolor es un modo entre otros que facilita la explicación; el cuerpo también puede ser amor, odio, alegría, etc.; la afección madre se llama “Náusea” y es caracterizada por Sartre como una pura captación no-posicional de una contingencia sin color, “un gusto insulso y sin distancia que me acompaña hasta en mis esfuerzos de librarme de él.” [Sartre, 1998, p. 427]

¹⁵ En tal caso, la conquista de una afección no-dolorosa no debería interpretarse como realización existencial acabada del para-sí, pues éste encuentra en el fondo de su afectividad misma la Náusea; el motivante aquí es el dolor del que se escapa y no la *aponía* a la que puede llegarse. Para el modo como la conciencia existe el cuerpo. Cf. Sartre, 1998, pp. 417 y ss.

¹⁶ Pasivo quiere decir aquí, según parece desprenderse del texto, que el para-sí es pasivo en relación al objeto psíquico.

¹⁷ Aquí Sartre utiliza como afección ejemplar al dolor, pero sus consideraciones deben ampliarse a todas las afecciones.

inhiera, es el medio pasivo que sostiene y nutre el dolor, el placer o lo que fuera; es decir que la afección se exterioriza en una contingencia *psíquica* cuyo espacio propio es el cuerpo que la padece y que “no tiene alto ni bajo, derecha ni izquierda, es aún sin partes en tanto que la cohesión mágica de lo psíquico viene a combatir su tendencia al desmenuzamiento de indiferencia” [Sartre, 1998, p. 426], lo cual quiere decir que el cuerpo en esta instancia no posee aún regiones, sino que es un puro medio pasivo. Mientras que el cuerpo para-sí es la contextura de la conciencia irreflexiva, es a su vez la psique de la conciencia reflexiva y la condición primera, en detrimento de la conciencia, de toda pasión; en tal caso recibe el nombre de cuerpo *psíquico*.

La enfermedad tiene su manifestación primera, como *fenómeno*, en el plano del cuerpo psíquico. Con anterioridad a todo informe que el Otro nos pueda propinar sobre un agente patógeno, una lesión o una anomalía en nuestro cuerpo para-otro, la enfermedad *aparece* al enfermo como pasión en sus estructuras primarias de existencia, a no ser por alienación. La estructura de la enfermedad al nivel del cuerpo psíquico se presenta cualitativamente similar a la de cualquier afección, pero con un mayor grado de complejidad. El dolor *de* estómago (pero no el dolor que el estómago *es*), por ejemplo, es un fenómeno ilocalizable¹⁸ que se constituye en un *mal* ante la conciencia reflexiva y que presenta los caracteres de trascendencia y pasividad, además de su nota mágica por la cual puede tomar gobierno de sus apariciones e infestar como una alteridad el cuerpo; pero un tal dolor no es aún un *síntoma*, entendiendo por ello una afección psíquica indeseable que es manifestación de una enfermedad. Todo síntoma (*sym-ptôma*) es co-incidencia, una con-caída o con-dolencia; lo cual quiere decir que ninguna dolencia, malestar o padecimiento *psíquico* que resulte ser un síntoma se da aisladamente o por sí mismo. *La enfermedad que se padece es un mal único que destaca*

¹⁸ El hecho de que un tal fenómeno sea ilocalizable porque el cuerpo psíquico no es aún *desmenuzable*, no quita que el fenómeno sea tal ni que el dolor sea *dolor de estómago*, ya que 1- que el fenómeno no tenga sede no significa que no sea espacial, pues ya se habló del peculiar espacio que el cuerpo es para los fenómenos psíquicos; y 2- por dolor de estómago no se entiende una lesión en el saco de tejidos que se encuentra en el centro del tórax, sino que es la objetivación de una manera contingente con que el para-sí se vincula con el mundo, es decir, del mal estar que *se siente al digerir*, lo mismo que el dolor *de* ojos es la objetivación de la dificultad de leer, según el ejemplo en Sartre, 1998, pp. 419 y ss.

como un sistema de síntomas padecidos. Esta definición requiere dos observaciones: 1- que la enfermedad se manifieste a través de un sistema de síntomas no quiere decir que cuando se padece dolor de estómago deba padecerse a su vez algún otro tipo de dolencia para que ambos destaquen como síntomas; una enfermedad puede manifestarse a través de un solo tipo de síntoma. Más bien, lo que se mienta con aquella expresión es que la forma *afectiva* contingente que se objetiva como un *mal* debe estar sintéticamente ligada a una indicación mundana del cuerpo que esa forma es. Así, el dolor que se padece luego de comer una hamburguesa en mal estado no es una enfermedad; hay enfermedad si cada vez que se come un alimento o alimentos de determinado tipo se constata una dificultad *dolorosa* de digerirlo, la cual es objetivada como síntoma. Por supuesto que nadie podría hablar aún de gastritis o úlcera, ya que tales expresiones referidas al propio cuerpo sólo pueden ser aplicadas al cuerpo para-otro según los conocimientos que el Otro tenga de nosotros o que nosotros tengamos del cuerpo ajeno. Y 2- justamente lo que diferencia a la enfermedad padecida de una gastritis o una úlcera es su condición mágica como un mal. La pasión que se constata repetidas veces en ligadura sintética con un vínculo indicativo mundano no es aprehendido primeramente como cognoscible, manipulable ni mucho menos explicable. Los caracteres mágicos de la dolencia persisten aún en el caso de que uno pueda pronosticar su próxima aparición (“toda vez que coma un determinado alimento sentiré ese horrible dolor”), puesto que el pronóstico no implica dependencia: todavía el dolor puede aparecer en otros momentos y, en todo caso, irse cuando él quiera; ese dolor es idéntico en sus múltiples apariciones y mi cuerpo es su *territorio de acción* como medio pasivo y, de alguna manera, escapa a mis proyectos de acuerdo a un tiempo propio. Pero es de destacar la peculiar unidad-identidad del mal en tanto enfermedad padecida y que le da una complejidad estructural mayor a la de una dolencia psíquica cualquiera: en efecto, la ligadura sintética con una situación proyectada en el en-sí como una posibilidad del para-sí confiere un *marco sistematizante* no sólo para una misma afección indeseable sino para un múltiple de afecciones posibles ligadas al mismo mal mórbido. Estas afecciones pueden ser simultáneas o sucesivas entre sí, pero constituyen un múltiple en tanto síntomas del mismo mal y se dan siempre como concomitantes al advenimiento y permanencia de la enfermedad, que, como ente

mágico, nunca permanece latente, sino que viene y se va¹⁹. Esta concomitancia implica que cada vez que se den uno o más síntomas, aparecerá la enfermedad; y que la enfermedad sólo aparece a través de uno o más síntomas. Por ejemplo, cada vez que ingiero alimentos de un determinado tenor graso, puede que tenga un ataque de hígado y, poco después, se le sume un dolor de cabeza; tanto éste como aquél pueden irse antes o después del otro; lo que los transforma en dos síntomas de un mismo mal-enfermedad es que *sus ataques* están ligados con la ingestión de un mismo tipo de alimentos.

La razón por la cual estoy inclinado a tomar el primer estadio de la enfermedad de la manera recién expuesta puede vislumbrarse en lo que puede ser considerado un estado pre-enfermizo en el plano del cuerpo para-sí como punto de referencia para la conciencia irreflexiva y que sería desembozado como condición de la enfermedad que se padece.

Mi tesis es que *toda enfermedad* padecida *es previamente* existida *por la conciencia irreflexiva en el plano del cuerpo para-sí como dis-capacidad según una afección indeseable*, siempre que se entienda por “capacidad” no una *potencia particular y permanente* de un sujeto de actuar sobre un objeto, sino un *vínculo indicativo particular e iterable* entre el en-sí y el para-sí que es condición de la proyección de las propias posibilidades. Expliquémonos con un ejemplo: Encaro al arco rival con pelota dominada y un defensor del equipo contrario me derriba a un metro y medio del área grande; entonces me encuentro en una situación mundana tal que ciertas cosas-utensilios, como el sonido del silbato, el reglamento del fútbol, mis compañeros entusiasmados, la pelota ubicada en el lugar donde caí y la barrera de jugadores dispuestos a neutralizar mi tiro, me indican que tengo que ejecutar un tiro libre directo que debe acabar en gol. Aquí, por el compromiso que he adoptado en el mundo al entrar a la cancha con la camiseta de mi equipo, ya tengo pre-delineada una serie de proyectos que se subsumen bajo proyectos más amplios como ganar el partido o, más aún, que mi equipo no descienda de categoría. Entonces nihilizo el en-sí tal como se da con la pelota en el punto de tiro y lo

¹⁹ La latencia de una enfermedad sólo podrá darse en el cuerpo para-otro, debido a que, sólo en esa dimensión del cuerpo, éste puede recibir las propiedades espaciales y fenoménicas de aquellas cosas-utensilio que son vistas desde un punto de vista y manipuladas desde un punto de partida; casos de tales propiedades son los ya mencionados caracteres externos y objetivos de la perspectiva y el solapamiento, bajo cuya responsabilidad será posible la permanencia de un ente patógeno *dentro del* cuerpo y *ocultado por* éste.

proyecto como gol. Como ya hemos explicado, es por la presencia del cuerpo al en-sí que ese gol requiere de un desarrollo de trascendencia por el cual supero o trasciendo mi contingencia hacia mis posibilidades que son tales precisamente porque hay un cuerpo-mundo del cual escapo; de no ser así, el simple *intensionar* un gol acabaría en gol. Pero la forma contingente que es mi pasado se me revela como *teniendo que ser trascendida* en virtud de mis proyectos inmediatos. Mas entonces, ¿cómo sé yo que puedo ejecutar exitosamente mi tiro libre? En efecto, en primera instancia, puedo afirmar que tengo la *posibilidad* de hacerlo: nada en el mundo impide trascender esa situación hacia aquella otra que por la libre elección de mi proyecto me propongo alcanzar, a no ser por mala fe o alienación, que son instancias posteriores del ser-para-sí; nada hay que impida que corra hasta la pelota y dispare. Pero si yo ya he pateado varias veces tiros en circunstancias similares, si he ejecutado algunos de ellos con éxito, si he aprehendido las reacciones de la pelota a los movimientos de mi pierna (tal como es existida e indicada por las cosas-utensilios), si he aprehendido las alternativas de movimiento adverso de los muchachos de la barrera, entonces puedo afirmar que tengo la *capacidad* de ejecutar el disparo e incluso de anotar el gol. Pero esta capacidad no está dada por el conocimiento de las condiciones atmosféricas, ni del grado de tensión y distensión de los músculos de mi pierna, ni de la relación entre el peso de la pelota, la ley de gravedad, el coeficiente de roce del aire y la distancia del arco; esta capacidad resulta más bien de la iteración e iterabilidad de un vínculo indicativo, es decir, de la relación cuerpo-mundo por la cual las cosas me indican una forma contingente que soy y que he trascendido otras veces con éxito; tal iteración e iterabilidad constituyen, más que un *conocimiento*, una *experiencia* global de la capacidad del vínculo indicativo de ser trascendido hacia un proyecto específico, capacidad que es *mía* porque soy indicado como punto de referencia. Quiero decir que la capacidad para-mí se da cuando no experimento *obstrucción* entre la indicación de mi cuerpo como primer utensilio y la proyección de mis posibilidades, y esta experiencia sólo puede provenir de mi cuerpo en tanto que es mi pasado. Por contrapartida, si he constatado, por ejemplo, que el *peso de la pelota para-mí* es demasiado grande para poder traspasar la barrera defensiva y anotar el gol²⁰, entonces existo una *dis-capacidad*, esto es,

²⁰ Este descomunal peso de la pelota sería retraducido al nivel del cuerpo para-otro como debilidad de la pierna y, posteriormente, como desnutrición; pero se debe recordar

una peculiar imposibilidad de llevar a cabo mis proyectos debida a que el mundo indica mi cuerpo como *no trascendible* en esa determinada orientación del orden de las cosas-utensilios.

Luego de lo dicho, cabe notar que el *ser-para-sí es esencialmente discapacitado*. Hay un vasto grupo de proyectos hacia los cuales el para-sí nunca va a poder trascender o sobrepasar aquello que él mismo es a partir del en-sí. Muy pocos ejemplos alcanzarán para hacer esto evidente: volar agitando los brazos, anotar un penal ejecutado en la Argentina en el arco de una cancha china, mirar a través de las paredes, etc.; y ello puedo determinarlo *a priori* mucho antes de conocer la naturaleza física del material de la pelota y los ladrillos, la densidad del aire y el peso específico de mi cuerpo. Pero estas discapacidades, determinables *a priori* a partir de una absoluta ausencia de ciertos vínculos indicativos, no implican necesariamente la *pasión* de ciertas enfermedades, aunque sí son su condición de posibilidad, puesto que la enfermedad que se padece surge, según se desprende de la tesis desarrollada en el párrafo anterior, de una discapacidad que es existida de acuerdo a una afección indeseable. En efecto, es improbable que el para-sí exista *disgustosa, dolorosa o displacenteramente*²¹ la imposibilidad de volar agitando los brazos o de marcar un gol en la China²²; pero sí es previsible que exista disgustosamente mi discapacidad de ejecutar un tiro libre si la permanencia de mi equipo en la división depende de ello.

Por último, reconstruyamos brevemente el paso de la cuasi-enfermedad que es existida a la enfermedad como pasión. Esta última había sido explanada ya como un mal que se manifiesta a través de un sistema de síntomas; éstos eran afecciones psíquicas (es decir, objetivadas por la

que en la dimensión del cuerpo para-sí, éste nunca es captado sino tan sólo indicado de una determinada manera y bajo cierta afectividad, por lo cual, al malograr mi tiro, no vivo para-mí una debilidad de la pierna sino que existo *decepcionantemente* una peculiar resistencia del utensilio-pelota a ser manipulado de tal modo que acabe contra la red del arco rival. Cf. Sartre, 1998, p. 411, donde se reemplaza a la *sensación de esfuerzo* por la *percepción de resistencia* de las cosas.

²¹ Adverbios que sólo vienen a ejemplificar afecciones indeseables.

²² Podría explorarse cómo una existencia frustrante de tales *pseudo*-proyectos esencialmente malogrados podría derivar en un diagnóstico de locura según la dimensión de la enfermedad en que es *conocida* a través del cuerpo para-otro. Aprovecho esta nota para remarcar además el carácter histórico de estas discapacidades esenciales: en efecto, mientras que para Pericles era una discapacidad esencial obtener el apoyo de la Fuerza Aérea en la guerra del Peloponeso, para Perón fue una discapacidad accidental en el año 1955.

conciencia reflexiva) indeseables y adquirirían un marco sistematizante por una ligadura sintética en relación a un vínculo indicativo asociado a esas afecciones. Pues bien, estos síntomas no son más que la objetivación por la conciencia reflexiva de una afección existida e indeseable ante una determinada discapacidad dada en un determinado vínculo indicativo *obstruido*. De este modo, la dificultad de digerir alimentos de determinado tenor graso es primeramente una discapacidad existida; pero si mis proyectos incluyen mi posibilidad de comer hamburguesas, entonces esa discapacidad será existida no sólo dolorosa, sino también angustiosamente. Por último, mi conciencia se volcará sobre estas afecciones indeseables para objetivarlas y constituir las en objetos psíquicos. Pero lo que para la conciencia irreflexiva era un *vínculo indicativo discapacitado* (hamburguesas-mala digestión), será para la conciencia reflexiva una *ligadura sintética de afecciones objetivas* (alimentos de elevado tenor graso-dolor y angustia), la cual dará el marco sistematizante para la identificación de esas afecciones psíquicas e indeseables como síntomas de un mal-enfermedad que es padecido. De este modo, no toda discapacidad derivará en la pasión de una enfermedad, pero toda enfermedad padecida tendrá a cierta discapacidad como condición de posibilidad.

3- Conocimiento de la enfermedad y alienación

Para alcanzar el conocimiento de la enfermedad tal como nos lo enseña la medicina, será menester abandonar las estructuras para-sí del cuerpo e internarse en la condición existencial de ser-para-otro de la conciencia. En efecto, en el nivel del ser-para-sí nunca podremos obtener información objetiva de nuestro cuerpo al modo de un conocimiento, porque el cuerpo para-sí nunca es captado por la conciencia tética sino que tan sólo es indicado por las cosas a la conciencia irreflexiva; aún en el caso de que la conciencia se vuelva sobre aquello indicado por estas indicaciones, no podrá más que participar de la constitución de fenómenos psíquicos como los ya descriptos, pero nunca captará *su* cuerpo como fenómeno espacio-temporal respecto del cual pueda adoptar un punto de referencia diverso y tomarlo como estando *dentro* del mundo según ciertas relaciones de exterioridad con las cosas-utensilios; en el momento en que capto mi cuerpo con los sentidos, integrándolos al mundo hacia el cual se trasciende, ya no es, para-mí, mi cuerpo. Más bien, cuando el para-sí observa su propia mano, aun en el momento en que ella está *tocando*, no la pone como objeto sino a título de cosa

carente de todo sentido; hay una escisión entre la mano tocante y la mano observada; ésta última sólo podrá ser aprehendida como *mía* de acuerdo a la estructura del ser-para-otro de la conciencia. Intentemos hacer una escueta exposición de las estructuras básicas de este ser y la natural tendencia a la alienación que por él sufre el cuerpo, suficiente para poder desarrollar los caminos por los cuales la enfermedad es conocida como ente mórbido y la peculiar infestación que tal alteridad, cuando es *conocida como letal*, produce en el ser-para-sí.

La estructura del cuerpo para-otro es, según Sartre²³, idéntica a la estructura del cuerpo ajeno, esto es, al modo como el prójimo se me aparece primariamente como cuerpo, de manera que lo que se dice de uno puede atribuirse al otro, salvo porque el ser-para-sí es primeramente, en su relación con el prójimo, ser-objeto-para-el-otro; es decir que antes de que el para-sí aprehenda al prójimo ya es conocido por éste. Hay dos modalidades básicas en que puede conocerse al Otro o ser conocido por él: 1- *en tanto facticidad*: el cuerpo ajeno aparece como un punto de referencia secundario del mundo para el cual es primer motor y punto de vista y del cual se apropia como situación sobre la que proyectará sus posibilidades; primeramente capto al Otro como trascendencia. Pero esta trascendencia es a su vez trascendida (*trascendée*) en la medida en que yo persisto en mis proyecciones y tomo al Otro como utensilio del cual puedo disponer para mis fines, o que, en todo caso, me resiste. La trascendencia trascendida que es el Otro para mí es precisamente su cuerpo en tanto facticidad ajena dada “a una” con una situación ajena, pero trascendida por mí. Esta contingencia que es existida afectivamente por el otro, es *carne* para mí, entendida como pura contingencia de la presencia ajena²⁴; 2- *en tanto cadáver*: esta contingencia que el otro es en forma de carne puede ser fijada como un puro pasado inamovible, es decir, como una contingencia que ya no es trascendida hacia proyectos. Este posible aspecto del cuerpo ajeno, que es posterior, me interesa mencionarlo especialmente, aunque no sea fundamental, porque de él advienen todos los conocimientos de la medicina que en definitiva proveerán los diagnósticos e interpretaciones de las enfermedades *conocidas*; en efecto, el Otro me conoce primeramente como facticidad y será mi contingencia existida la que será objeto para-otro, pero para

²³ Cf. Sartre, 1998, p. 428.

²⁴ Cf. *Ibidem*, p. 433.

llegar a las determinaciones teóricas de las enfermedades, será necesario que, de algún modo, el Otro me *mate*.

Finalmente, en esta instancia del ser-para-otro, los conocimientos del otro, ya sean referidos a las cosas o a mí mismo, son aprehendidos como propiedades objetivas del Otro, propiedades que yo puedo conocer como conocimientos-objeto. “Lo que conozco es sólo el conocimiento como *ser-ahí*, o, si se prefiere, el *ser-ahí* del conocimiento” [Sartre, 1998, p. 430], explicita Sartre, con un uso muy peculiar de la expresión “ser-ahí”. Pero, al fin, Sartre nos informa de una tercera dimensión ontológica del cuerpo por la cual puedo conocerme, es decir, tomar estos conocimientos-objeto que el otro tiene de mí como conocimientos *míos*. Tal dimensión es presentada de la siguiente manera: “Existo para mí como conocido por otro a título de cuerpo;” y “me siento alcanzado por el otro en mi existencia de hecho.” [Sartre, 1998, p. 442] Esta dimensión del cuerpo está caracterizada por una huída del cuerpo de mí mismo, un escaparse hacia fuera, por el cual la contingencia que soy y que resulta incaptable para la conciencia no-tética me huye hacia un ser-en-medio-del-mundo, lo que significa que ese punto de referencia absoluto que soy y sobre el cual no puedo adoptar otro, se me aparece ahora como visto y utilizado desde otros puntos de referencia que yo no puedo alcanzar; entonces, mi cuerpo existido persiste en su esencial incaptabilidad, pero es ahora *presentificado* como un elemento más en la serie infinita de la instrumentalidad y el ser que mantiene una relación de exterioridad con las cosas, aunque yo no pueda *contemplar* esa serie en su totalidad, sino desde el punto de referencia que soy, es decir, desde mi facticidad: a tal fenómeno se le da el nombre de *alienación*. Así, al existir afectivamente este proceso (necesidad de hecho) por el cual el prójimo puede captarnos desde una posición privilegiada, dice Sartre que nos resignamos a vernos por los ojos del Otro, que puede vernos *tal como somos*, y que nos comunica por medio del lenguaje y de otros tipos de significaciones este *nuestro ser*²⁵.

Por tanto, el proceso de auto-conocimiento del propio cuerpo atraviesa tres momentos hacia la alienación: 1- la captación del otro como trascendencia para la cual soy objeto me arroja un grupo de conocimientos-objeto referidos a mí mismo pero que destacan, en primera instancia, como propiedades del Otro, esto es, son elementos mundanos que conocemos al trascender la trascendencia ajena como

²⁵ Cf. Sartre, 1998, p. 445.

conjunto de proposiciones objetivas; 2- puesto que para asumir estos conocimientos objetivos ajenos como conocimientos *míos* sobre mí es necesario que yo ya sea de algún modo objeto para mí, entonces tales conocimientos no pueden más que ser aprehendidos por la conciencia reflexiva (cómplice) y dirigirse exclusivamente a mi cuerpo psíquico, es decir, a mi facticidad en tanto que intencionada por la conciencia tética, para lo cual fue menester constituir mi afectividad en un elemento mágico según lo ya descrito, en un cuasi-objeto que no soy yo pero es mío y tiene a mi cuerpo como espacio; esta espacialidad corporal que de algún modo soy sin existirla será la sustancia a la que se le prediquen los conocimientos ajenos sobre mí como accidentes; y 3- por último, trasciendo en la proyección de mis posibilidades hacia esta nueva configuración de mi cuerpo que se me da como objeto al aprehenderlo como en-sí. Hay que resaltar que esta captación tiene el carácter de *vacía* (presentificación), porque en verdad no percibo este cuerpo según los conocimientos adquiridos; esta transcendencia hacia mi cuerpo conocido sólo puede tener el carácter de una asunción de tales conocimientos como propiedades objetivas del cuerpo psíquico, según mi resignación a informarme de mí mismo a través del Otro. Pero ello no quita que hay un modo en que existo mi facticidad como asunción del conocimiento de mi cuerpo, quiero decir, yo no existo estas propiedades objetivas mismas, pero sí existo mi modo de conducirme hacia ellas en mi trascender, por lo que este cuerpo conocido, hecho objeto para mí, me indica a mí mismo como centro de referencia, por tanto, adopto sobre él, que yo lo soy sin existirlo, un punto de vista, lo que equivale a decir que adopto un punto de vista sobre mí mismo, pero alienado. Así como puedo tocar mi mano pero no en tanto que tocante, puedo captar mi cuerpo, pero no en tanto que captante, sino conocido de modo vacío.²⁶

²⁶ El sentido de la honestidad nos obliga a decir que este último punto en el proceso de alienación no está *calcado* de los desarrollos sartreanos; nuestro autor se muestra algo tímido al encarar el problema de la relación entre la facticidad en tanto que existida y el conocimiento del propio cuerpo. Yo he reconstruido tal punto de la manera más fiel posible y a los fines del presente trabajo, tomando como hilo conductor la siguiente afirmación: “En lugar de vivir esta alienación, la constituimos en vacío trascendiendo la facticidad vivida hacia el cuasi-objeto que es el cuerpo-psíquico y trascendiendo a su vez este cuasi-objeto *padecido* hacia caracteres de ser que, por principio, no podrían serme dados, sino que son simplemente significados.” [Sartre, 1998, p. 446]

Expondré a continuación cómo, en mi opinión, la alienación del cuerpo a través de una enfermedad conocida como terminal y misteriosa deriva en la pasión de una finitud miserable.

El médico, luego de haber realizado estudios sobre un *cadáver* que él identificará conmigo (mi cuerpo para-otro sin la nota de trascendencia), me informa que *dentro mío* hay una *anomalía* que acabará con mi existencia; el médico no sabe por qué sucederá tal (por qué la leucemia que brota y se expande por mi sangre acabará consumiéndome), pero ha comprobado que ello ha ocurrido con todos los otros cadáveres que han presentado la misma patología. Mientras el médico profiere su discurso, las proposiciones sobre mi estado son todavía un conjunto de conocimientos objetivos *suyos* relativos a mí (*patho-logía*). Pero cuando intento representarme estos conocimientos ajenos como aplicados a mí, cuando quiero conocerme a través del punto de referencia que el otro es para mi ser y que yo no puedo *ser*, determino a mi cuerpo psíquico de acuerdo a esas proposiciones. Aun no entran en juego las afecciones particulares que yo pueda tener en relación a este asunto, que pueden ser, supongamos, apremio por comprender el discurso médico, urgencia para informar a mis seres queridos, etc., y que son pasibles de ser objetivadas por la conciencia reflexiva. Aquello de lo que yo ya puedo tener conocimiento es de mi cuerpo como mero medio pasivo de mis estados psíquicos, como el simple sostén de esa vida interior sobre la que yo me vuelvo en ocasiones, y sólo de ella, es decir, con exclusión de mi vida fáctica como tal y que en ese momento existo apremiosa y urgentemente, según el ejemplo. Y lo que yo *aprendo* de este mi cuerpo psíquico es que finiquitará, y con él, esa vida interior que es la única de la que yo tengo noticias expresas a partir de mi ser-para-sí. Pero ocurre que en el instante mismo en que determino así mi cuerpo, por el proceso de alienación ya expuesto, éste me escapa hacia el mundo, es colocado en medio del mundo y se constituye en un objeto en relación de exterioridad con el resto de los objetos; una cosa que yo soy, pero no tal como yo la capto, sino tal como la presentifico a partir del punto de referencia que el médico es y que este cuerpo objetivo indica mundanamente. Pasamos, por último, al tercer paso alienador: tengo delante mío, como objeto del mundo, a mi cuerpo para-mí representado, por presentificación, cadavéricamente (es decir, sin tomarlo como trascendiéndose) como una vida interior trascendente y pasiva (según los caracteres ya atribuidos a lo psíquico) y destinada al cese de su fluir afectivo. Ahora bien, como todo objeto del mundo, esta nueva configuración de mi cuerpo refiere a mi

facticidad como punto de referencia, es decir que yo y mí (*je*-sujeto y *moi*-objeto) *estamos* (aquí el plural es inadecuado pero inevitable) relacionados según un vínculo indicativo mundano y objetivo. ¿Cómo puedo ser *yo* indicado por *mí* mismo en tales circunstancias o cómo puedo yo existir esta contingencia en que un mí-en-sí agonizante funda el ser que mi ser-para-mí corporal *es* sin tener que serlo? Pues bien, esta asunción del conocimiento que tengo de mi muerte no puede darse en mi facticidad existida más que como *clausura de toda proyección de mis posibilidades o discapacidad absoluta*. Es decir que la asunción del cese inminente de mi vida psíquica, la huída de esa afectividad mágica y declinante, que termina siendo representada como anulación total de los sentidos psíquicos (esto es, de los sentidos como receptores de sensaciones que se constituyen en la reflexión sobre el cuerpo para-sí y no como conjunto de los objetos sentidos) me indica que ya no tengo ningún que-hacer delante, en el mundo, cuando la defunción de mi vida interior conlleve la anulación de mi vida exterior: el fenómeno de mi cuerpo agonizante solapa, de alguna manera, el mundo como campo de proyección; presentifico mi cuerpo alienado como un manto negro (irreceptibilidad de sensaciones) que recubre mi mundo (totalidad de los objetos sentidos y manipulados).

Pero hasta aquí hemos seguido, en la exposición de la constitución de las enfermedades terminales, los órdenes lógicos, ontológicos y cronológicos de la misma, los que no son equivalentes al orden existencial, puesto que, como ya se dijo, es la enfermedad padecida la que destaca primeramente como fenómeno corporal desde el punto de vista de la existencia del paciente. En lo desarrollado anteriormente el cuerpo psíquico fue objeto de consideraciones en el proceso de alienación, pero tal como éste queda constituido en la vida psíquica posterior al conocimiento de la enfermedad y no como pasión; todavía queda por explicar cómo la discapacidad absoluta es la condición de la peculiar pasión de las enfermedades terminales y misteriosas. Con este último punto podrá abarcarse en su totalidad el paso de la *patho-logía* médica de la enfermedad terminal al *pathos* de la finitud miserable y alienada.

En efecto, lo que percibo particularmente en el proceso de clausura de toda posible proyección es a mí mismo cerrándome todos los caminos; este yo-objeto que obstruye mi relación con el ser es una cosa-utensilio que conozco (aunque de manera vacía) como finitud de una vida interior y no deja de ser identificada con el para-sí ni por el Otro (el médico), ni por mí mismo (según la descripción del tercer paso del proceso

alienador), por tanto me conduzco hacia el mundo como una totalidad solapada por mí mismo, y hacia mí mismo como interponiéndome entre el ser y yo; se puede decir que estamos ante la discapacidad absoluta puesto que la ruptura con el mundo no se efectúa en relación con cada uno de los vínculos indicativos particulares posibles, sino que mi propio cuerpo alienado y agonizante suplanta todo vínculo posible con el carácter de la ruptura. Por tanto, existo *culposamente* esta anulación del mundo *porque soy yo esa anulación misma*.

Cuando la conciencia reflexiva se vuelve sobre esta afección culposa, ella queda constituida en un mal mágico, que viene y se va, que toma posesión de mi cuerpo y que me ataca como un *Karma* o un escarmiento, lo que retraducido en términos conceptuales tal como la imaginería general lo cristaliza en el lenguaje cotidiano, quiere decir que *esta enfermedad que me acecha, esta culpa y este dolor* sintomáticos *que la expresan, debidos a mi peculiar destino, son el castigo por mi específica constitución psíquica*, que me produce la muerte fáctica o discapacidad absoluta, a la cual están ligados sintéticamente aquellos síntomas que expresan la enfermedad del destino miserable. Así, se ve cómo una finitud alienada (la patencia de la muerte de mi vida interior a través de la huída de mi cuerpo psíquico) promueve aquella discapacidad total prematura como el develamiento de un destino miserable del cual soy culpable y que adquiere en la constitución de la pasión enfermiza un valor punitivo contra las formas contingentes que existo y que se cristalizan en fenómenos psíquicos para la conciencia reflexiva. De algún modo, aquella finitud alienada que escapó de mí y se constituyó como objeto del mundo es padecida ahora como castigo y miseria.

4. Conclusiones y lineamientos etiológicos

De este modo, se ha mostrado que el conocimiento de la enfermedad terminal y misteriosa desemboca en la constitución de una dimensión conocida del cuerpo psíquico como *finitud alienada*; y que esta constitución promoverá, en el plano de la existencia y la psiquis, lo que dará lugar a la cristalización de las consideraciones relativas a la enfermedad en el campo de la imaginería general: 1- la clausura de la proyección de todas mis posibilidades dará lugar a las nociones de destino (predisposición a la enfermedad) miserable (el “¿Por qué a mí?”) como muerte prematura y caprichosa; y 2- el hecho de que aquella clausura sea existida como producida por mí mismo, o, más aún, por el material pasivo que es mi cuerpo psíquico como entorno de mis estados

psicológicos, da lugar a la atribución de la culpa justamente a mi constitución psíquica, que la imaginería general vincula muy estrechamente con las notas caracteriales de la personalidad y el temperamento. Y se llega a padecer, finalmente, la enfermedad del castigo, de la cual son síntomas la objetivación psíquica de las dos notas recién descritas: la culpa como causa de imputación (ligada sintéticamente a la discapacidad absoluta); así como la finitud alienada es causa de la clausura de los proyectos, la culpa es causa del castigo.

Pero habrá que guardarse de ver en el precipitado desenlace del presente análisis un deslizamiento de los órdenes existenciales del para-sí hacia aquellos de las figuras simbólicas dadas por la cultura y la sociedad. En efecto, esta enfermedad del castigo no debe ser interpretada como el resultado de la influencia sobre el sistema mental del paciente de determinadas asociaciones de significado social. Tal interpretación podría ser alentada por el empleo de términos que sí tienen en su uso cotidiano una fuerte carga simbólica, como culpa, castigo y destino. Pero estas palabras han sido introducidas con el objeto de facilitar el salto de la constitución existencial de la enfermedad a las atribuciones que la imaginería general aplica sobre las enfermedades terminales tal como son descritas por la medicina. Sin embargo lo que se ha denominado culpa, destino y castigo puede pensarse, en términos más apropiados, como responsabilidad, horizontes de proyección y afección refleja causada por la responsabilidad de la muerte, respectivamente. Se debe hacer el esfuerzo de tomar a esta enfermedad llamada “del castigo” como un mal que se expresa bajo la égida de un sistema sintomático en ligadura sintética con la constitución psíquica alienada y la discapacidad absoluta, y, por tanto, no debe perderse de vista su carácter eminentemente *corporal*.

Finalmente, este carácter corporal de la enfermedad terminal en las dimensiones de la existencia, pasión y conocimiento, junto a la necesidad de explorar vías terapéuticas para ella, nos llevan a interrogarnos por su etiología. Si bien no es mi intención agotar aquí este problema, no puedo dejar de remarcar la insuficiencia de los modelos etiológicos que han predominado en la historia de occidente, y que pueden dividirse, según Laplantine²⁷, en modelos exógeno y endógeno²⁸: el primero está ligado a

²⁷ Cf. Laplantine, 1999, “Segunda parte: Las formas elementales de la enfermedad: los modelos etiológicos.”

una concepción ontológica de la enfermedad por la cual ésta es tomada como una entidad particular determinable y localizable que tiene sede en el cuerpo del paciente sin identificarse con él; esta entidad, considerada agente patógeno, invade *desde fuera* su territorio de acción (generalmente un órgano o tejido) teniendo que ser retirada o exterminada en vistas a la cura; el segundo, por el contrario, está vinculado con una concepción relacional o funcional de la enfermedad por la cual ésta es vista como una descompensación o desequilibrio interno del organismo que se gesta *dentro* y desde éste mismo, debiéndose realizar un reordenamiento de las variable funcionales del cuerpo para la restitución de la salud. Así, el conocimiento y la práctica científica han oscilado entre estas dos ideas etiológicas para el tratamiento de los distintos casos particulares, observándose que ambos modelos parecen tornarse idóneos según las patologías a ser estudiadas²⁹, mostrando un alto grado de éxito en la recomposición de los *cadáveres* para-otro según sus cánones de normalidad. Pero la ortodoxia de tales modelos resulta tanto más interesante cuanto la enfermedad del castigo, tal como la hemos descrito, parece evadirse por completo de las posibilidades de ser aprehendida por ellos. Si nosotros podemos afirmar legítimamente que la finitud alienada es causa de la clausura de los proyectos (lo que dará lugar a la pasión de la enfermedad), ¿cómo identificar un adentro y un afuera de la enfermedad que corresponda al interior o exterior del cuerpo?; ¿cómo clasificar los fenómenos mórbidos en entidades autónomas y disfuncionalidades intrínsecas? El problema centellea vivamente cuando advertimos que tanto la causa como el efecto se predisponen constantemente a *salir para adentro* o *entrar hacia afuera*. La finitud alienada escapa del para-sí sin dejar de ser su cuerpo en la existencia y asunción fáctica de sus propiedades objetivas y la

²⁸ A estos modelos pueden sumarse los ontológico y relacional, aditivo y sustractivo y maléfico y benéfico; pero todos ellos son subsumibles bajo los ya presentados, que interesan más a nuestro problema.

²⁹ Parece evidente que la primera etiología resulta más efectiva para el abordaje de enfermedades infecciosas, por ejemplo, mientras que la segunda para casos como la alergia o la locura. Sin embargo, debe plantearse el problema de si la naturaleza misma de las distintas patologías han inspirado la formulación de las concepciones etiológicas o si, por el contrario, el partir desde las construcciones teóricas de éstas ha permitido detectar determinados tipos de enfermedades o, incluso, crear imágenes de las enfermedades funcionales a los tratamientos que se han mostrado más eficaces. La importancia de este problema se refleja en la imposibilidad histórica de mantener ambos modelos tajantemente separados; cf. Laplantine, 1999, pp. 81-84 y 106-107.

discapacidad absoluta es la interferencia entre el para-sí y el en-sí que quedan irremediablemente aislados, pero aislados por su íntima adherencia. La constitución de la enfermedad del castigo (así como muchas otras de dimensión existencial o psíquica) se desenvuelve en el punto mismo del trascender en el cual el pasado trascendido y aquello hacia lo que se trasciende (en donde ya se encuentran estrechados proyecto y mundo) se confunden por el impulso afectivo que deja atrás y alcanza adelante. La enfermedad en cuestión es la destrucción precisamente de esa intimidad exterior y objetiva (cuerpo-cosas), pero también interior y subjetiva (conciencia-afecciones huyentes), entre el hombre y el mundo. Si es cierto que la muerte es la posibilidad más peculiar del *Dasein*, si éste alcanza su propiedad al conducirse relativamente a ella y, además, éste “ser relativamente a ella” debe tomarla *en tanto posibilidad cierta pero indeterminada*, si “precursar” esta posibilidad no es más que abrir la existencia (es decir, la trascendencia al mundo) en lo que tiene de más propio el “ser-ahí”, si sólo a partir de esta posibilidad puede éste liberarse “del ‘estado de perdido’ en las posibilidades que se ofrecen accidentalmente, de tal suerte que hace comprender y elegir radical y propiamente las posibilidades fácticas que están antepuestas a la irrebalsable” [Heidegger, 2003, p. 288],³⁰ entonces queda claro que lo enfermizo de la dicha enfermedad, su causa y su cura, deben rastrearse en el flujo y reflujo de la trascendencia, en el centro mismo del círculo entre el ser y el hacerse. Si una enfermedad terminal es diagnosticada, la muerte aparecerá sin dudas al paciente, él la existirá y la padecerá, debiéndose mantener, sin embargo, abiertos los caminos del vínculo indicativo, el espacio hodológico mundano que es nuestra vida, a pesar de todo.

Bibliografía

- Heidegger, M. [2003], *El ser y el tiempo*, trad. Gaos, México, Fondo de Cultura Económica.
- Laplantine, F. [1999], *Antropología de la enfermedad*, trad. Ruocco, Buenos Aires, Ediciones del Sol.
- Sartre, J.-P. [1998], *El ser y la nada*, trad. Valmar, Buenos Aires, Losada.
- Sontage, S. [1996], *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*, trad. Muchnik, Buenos Aires, Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.

Recibido el 31 de julio de 2008; aceptado el 27 de octubre de 2008.

³⁰ Para el tema de la muerte y el “ser relativamente a la muerte”, Cf. Heidegger, 2003, §§51-53.