

Vidas medicalizadas: desde la mirada médica a una vida analgésica

Medicalized lives: from medical waze to an analgesic life

Mario Millones Espinosa *

Universidad Alberto Hurtado, Chile
mario.millones.espinosa@gmail.com

Resumen

El siguiente artículo tiene dos objetivos: el primero, hacer un recorrido por las teorías de la medicalización de la vida cotidiana y, el segundo, debatir el alcance de la medicina en las relaciones sociales. A través de este último propongo la idea del vivir analgésico. Mi hipótesis es que, a través del uso diario de medicamentos, sobre todo analgésicos, hubo una transformación en la forma de comprender la vida y sus problemas. Los analgésicos ofrecieron la posibilidad de soterrar temporalmente dolores y malestares y, con ello, la vida cotidiana y la salud alcanzó un nuevo estatus ideal. Dicha lógica se expandió entonces a actividades no médicas, pero que se espera que funcionen de forma similar. Hoy nos recetamos diariamente actividades con motivo analgésico como parte de un auto-diagnóstico que pretende curar, sanar o soportar toda sensación de desmesura que sentimos en nuestras vidas, pues la salud en la actualidad deviene exigencia y la analgesia social una necesidad de nuestro tiempo.

Palabras claves: Medicalización; Cuerpo; Emociones; Subjetividad; Salud.

Abstract

The following article has two objectives: first, take a tour of the theory of medicalization of everyday life and, second, discuss the scope of medicine in the social relation. Through the latter, I propose the idea of analgesic live. My hipótesis is that through the daily use of medicine, especially analgesic medicine, there was a transformation in the way of understanding life and its problems. Analgesic offered the possibility of temporarily bury aches and pains and thus, daily life and health as status reached a new ideal. This logic is then expanded to non-medical activities where we are expected to work similarly. Today we prescribe us daily activities with analgesic reason, as part of self-diagnostic that claims to cure or heal or endure any sense of excessiveness that we can feel in our lives, since health becomes exigency and social analgesia in a need for our time.

Keywords: Medicalization; Body; Emotion, Subjectivity, Health.

* Dr. (c) en Sociología, Universidad Alberto Hurtado, Chile. Becario Conicyt Doctorado Nacional 2014-2018.

Vidas medicalizadas: desde la mirada médica a una vida analgésica

Introducción

Crearnos diagnósticos fugaces y auto-recetarnos medicamentos para mejorar cualquier síntoma de malestar, o lo que creamos que está mal en nosotros, ya forma parte de nuestra vida diaria. No es ninguna novedad que, al instante de reconocer algún síntoma bajo una exigua autoevaluación, rápidamente recurrimos al medicamento para que, en lo posible, evite la enfermedad que se avecina, que ésta dure el menor tiempo posible, que sus efectos se vuelvan soportables o incluso para prevenir una hipotética enfermedad.

Ya sea por recomendación de algún familiar, porque lo encontramos en Internet, que fuera mencionado por algún experto en televisión, porque apareció en alguna revista o, simplemente, porque nos encomendamos a las facultades del farmacéutico de turno; el medicamento es una solución que implica una relación mucho más compleja que la de sanar, paliar síntomas o mejorar nuestra salud.

El medicamento parece tener una lógica clave para nuestra época: soluciona de manera eficiente, eficaz y rápida, el problema que nos aqueja. A su vez, el medicamento se puede adquirir de forma individual y existe un pujante mercado donde se les halla. El medicamento es un gran dispositivo de nuestros tiempos.

La ingesta de medicamentos acusa, sin embargo, otro problema: de alguna forma u otra, la idea de enfermar, sentir dolor o molestias es una sensación que se ha vuelto nebulosa. Sanar, paliar síntomas o intentar mejorar se han vuelto urgentes. Nos hemos convertido en una especie de médicos de nosotros mismos debido a dicha urgencia, por lo que cabe interrogar: primero, ¿cómo se llegó a esta situación? y, segundo, ¿qué posibles consecuencias acarrea esta dinámica? La idea del presente artículo es levantar una discusión a partir de estas dos preguntas.

Ahora bien, la salud es desde ya un concepto confuso: puede definirse como la relación del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político,

por el otro (Fassin, 2004). Se constituye como un entramado de significaciones mucho más complejo que el anverso a la enfermedad: implica relaciones de poder y legitimidad, concierne fronteras entre espacio público y privado, trastoca el problema de vivir juntos y somete estas dimensiones "...al dilema de lo viviente y de la muerte, de la enfermedad y el sufrimiento" (Fassin, 2004: 301). Preguntar por la salud es preguntar a fin de cuentas por el cómo se vive cotidianamente.

A través de un recorrido entre varias teorías que implican algún estado sobre la salud y la enfermedad, pretendo comenzar una discusión sobre la relación o incidencia social que tienen los medicamentos en nuestra vida cotidiana. El recorrido comienza con la importancia de la mirada médica con su intervención en los cuerpos. Luego, hago énfasis en la intervención médica y sus consecuencias. Más tarde, me centro en la expansión de la medicina, la medicalización de la vida para, posteriormente, hablar de la intervención de los medicamentos. Por último, señalaré tres posturas actuales: la primera, la medicalización de sí; la segunda, la biopolítica molecular y, la tercera, mi propuesta de un vivir analgésico que, de cierta forma, recoge varios aspectos de este recorrido e intenta bosquejar la discusión que señalara más arriba.

La mirada, el lenguaje y el tocar

La mirada médica es el paso previo al tocar y diagnosticar. Es, en cierto modo, una acción de sospecha. Sospecha de que algo sucede fuera de lo normal y que, bajo un entrenamiento, una técnica de la mirada (saber dónde mirar, propiamente tal), quien la ejerce tiene el permiso para dibujar la enfermedad que aqueja a un cuerpo en particular.

Esta era la idea del médico hipocrático por la cual será considerado un artista: su mirada era una técnica cuyo objetivo era restituir la salud perdida de un cuerpo enfermo. El artista hipocrático tenía la responsabilidad de vencer a la enfermedad y, para ello, la técnica del mirar era y debía ser infalible. Era

su mejor herramienta y atributo: “Acostumbraba el médico a servirse de sus facultades de observador (...) Para conocer el aspecto de las enfermedades examina al enfermo (...) A partir de los síntomas, *tà sémeia*, debe inducir los padecimientos internos y pronosticar el proceso morboso” (García, 2007: 15).

Esta observación del cuerpo atendía especialmente los momentos de crisis que orientaba la técnica de curación. Por ejemplo, Hipócrates, decía que cuando se presentaban enfermedades agudas “hay que observar atentamente esto: en primer lugar, el rostro del paciente, si es parecido al de las personas sanas, y sobre todo si se parece a sí mismo” (2007: 128) o que “en la parte del cuerpo en donde aparece sudor, allí muestra él su enfermedad” (2007: 326). Pero la mirada también debía hacerse sobre el entorno: “los vientos del sur producen oído duro, mirada borrosa, pesadez de cabeza, pereza; son laxantes” (2007: 352). Así, el médico hipocrático se juega toda su reputación en el mirar. Por ende, mientras más entrenada, mejores opciones de curación tiene, pues como dice Canguilhem: “...un curandero no puede serlo sino, de hecho, pues no se le juzga por sus convicciones sino por sus éxitos” (2004: 71). Pero mirar es mucho más que observar, se convierte también en habitar al objeto tal cual advierte Merleau-Ponty (1993). Mirar es una construcción epistémica, por ello, habitar un objeto implica también su intervención, y la primera intervención es, quizás, nombrarlo.

Cuando se nombra una enfermedad, cuando se le bautiza con un nombre específico, se funda también la historia de la misma y, por qué no, la historia de una forma de vida. Pero aquello, solo se logra a través de un lenguaje específico, un “lenguaje racional” (Foucault, 2008: 15): “Es la descripción, o más bien la labor implícita del lenguaje, en la descripción que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso del enfermo a la enfermedad, el acceso de lo individual a lo conceptual” (2008: 158).

Sin embargo, la mirada y el lenguaje racional no bastaron para la constitución de la medicina como ciencia. Se necesitó del contacto, de buscar en el interior del cuerpo el origen, la anatomía patológica de la enfermedad. “El cadáver abierto y exteriorizado es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo” (2008: 187), dice Foucault. Esta etapa será denominada como anatomo-política de la medicina, la cual “integra, por primera vez, en la estructura de la enfermedad la constante posibilidad de una modulación individual. Esta posibilidad existía, sin duda, en la medicina interior: pero estaba pensada bajo la forma abstracta del temperamento del sujeto” (Foucault, 2008: 224). Con el cuerpo abierto, los órganos serán medidos,

estudiados, analizados y relacionados no solo a enfermedades, sino que también a distintos comportamientos. Así, inteligencia o depravación, amor o crueldad tendrán su explicación en órganos específicos, y en ellos radicará ahora la verdad médica del individuo.

Se podría decir que con este paso se comienza a construir y configurar el imperio de la medicina sobre la vida, su intervención total sobre el cuerpo al traducirse verdad sobre los comportamientos, lo que implicará definir los rumbos por donde puede y debe transitar la sociedad. De este modo, la medicina tiene en sí una verdad constante que ofrecer y su intervención será signo tanto de vitalidad como gubernamentalidad.

La intervención médica y la medicalización de la vida cotidiana

La intervención de la medicina en la sociedad no será solo un problema que afecte a individuos enfermos. La medicina también tendrá la capacidad de ofrecer una verdad sobre la sociedad en general. Así lo explica Foucault (1996) cuando habla del nacimiento del Estado en, por ejemplo, Alemania, Francia e Inglaterra en donde cada nación tuvo una razón diferente para el nacimiento de esta disciplina. En Alemania fue la población en general, en Francia fueron las cosas (el agua, por ejemplo) y la ciudad y, por último, en Inglaterra fueron las condiciones de trabajo en las industrias de clases trabajadoras, respectivamente.

Con estas intervenciones surgió una idea de población y de individuo. Un individuo que será “objeto del saber y de la práctica médica” (Foucault, 1996: 119) y donde se impondrá la mirada y el lenguaje médico como autoridad. Comportamientos, funciones, ritmos de vida o espacios;¹ todos quedarán bajo distinciones que irán entre lo enfermo y lo sano, entre la salud para algunos y la exclusión de la muerte o la enfermedad para otros, “...en la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico” (Foucault, 2008: 63).

Foucault dice que así se llegó a vivir “en Estados médicos abiertos” (1996: 79), donde la intervención médica (que puede entenderse también como la medicalización de la vida) tiene distintos argumentos para justificar su intervención. Por ejemplo, en Chile, la intervención de las clases populares y sus barrios a finales del siglo XIX y comienzos del XX se hizo a través de toda una política de higienización de espacios para evitar la propagación de enfermedades y tener, así, mano de obra con proyección económica.

1 La autoridad médica en Chile, por ejemplo, influyó en la higiene habitacional de obreros de finales del siglo XIX y comienzos del XX. Ver más en Fuster (2013) y Ponce de León (2011).

Pero para Illich (1975) la medicalización de la vida significó otro problema. Significó que las personas ya no podían curarse por sí mismas. Significó que a la sociedad le quedó vetada esa posibilidad. Es decir, queda expropiada completamente la salud de las personas a merced de medicamentos y el saber médico. Y raíz de ello, según Illich, los individuos han quedado expuestos a un daño completamente nuevo: la ilusión de la eficacia médica que conlleva desconocer las enfermedades provocadas por tratamientos médicos. Los medicamentos se volverán más peligrosos que las drogas, puesto que la lógica médica es aceptada incluso como privilegio social.²

Estar sano es estar bajo el control permanente del médico y como Nietzsche ya adelantó en su crítica a la moral contemporánea “hay que haber nacido para nuestro médico; de lo contrario, se muere por causa de nuestro médico” (2011: 286). La dependencia de la verdad médica inauguró una nueva etapa: la exigencia a ser medicalizado.

Exigir ser intervenido: la medicalización de la vida extendida

Para Peter Conrad (2005), la medicalización es un proceso que hoy en día también es exigido por los mismos individuos. En estricto sentido, lo que evidencia es una expansión de la jurisprudencia de la medicina donde la medicalización se presenta como la comprensión de problemas diarios en términos médico cuando no necesariamente lo son, pero se exige que sean tratados como tal.³

Bajo esta idea, Conrad define cuatro movimientos de la medicalización de la vida: a) la “extensión” hace referencia al fenómeno en que un tratamiento que se encontraba focalizado a un grupo reducido fue extendido a otros advirtiendo una ampliación del fenómeno, tal como ocurrió con el síndrome de hiperactividad que pasó del diagnóstico infantil a adultos bajo distintas circunstancias; b) la “expansión” que es aquello que antes no se medicaba por considerarse, por ejemplo, un hecho natural, hoy en día sí se le considera y trata como enfermedad (como la calvicie o alopecia); c) el “mejoramiento” que explica cuando se quiere mejorar la salud, el cuerpo o el rendimiento bajo fórmulas médicas como el consumo de proteínas u otras sustancias en el mundo

² Illich agrega que “la gente ha llegado a creer que la hospitalización, los análisis, los medicamentos y la psicoterapia son un privilegio y que la prueba mejor de que ese privilegio es deseable son las enormes cantidades que gastan los que pueden permitírselo” (1975: 94).

³ Existen otras definiciones de medicalización no necesariamente realizadas por sociólogos, pero que no difieren mucho de esta forma de pensar la expansión de la jurisprudencia de la medicina. Ver más en Orueta y otros (2011) y Díaz Agea (2008).

del deporte; d) la “continuidad” que es cuando hay una remodelación de un acontecimiento que se había desmedicalizado como, por ejemplo, lo que ha sucedido con la homosexualidad que en el caso de las personas transgénero que quieren cambiar de sexo a través de una cirugía, necesitan de la aprobación de un psiquiatra que acredita científicamente su estado y necesidad de cambio.

Con estos movimientos lo que ocurrió es que la salud se transformó también en un mercado y lo que antes se consideraba como paciente ahora también será contemplado como cliente. La salud se vuelve capital y se desborda el tratamiento médico de la enfermedad y del enfermo. Hoy en día se tratan a personas sanas a nombre de una mejor salud.

Esta transformación sienta las bases para la dislocación de la responsabilidad (Conrad, 2007). El cliente, a diferencia del paciente, es un sujeto responsable de sí. La responsabilidad de la salud se vuelve individual: una persona sería obesa porque no sabe cerrar la boca y es sedentaria, el sida se contagia por una vida sexual promiscua, y así sucesivamente. La enfermedad ahora contiene culpabilidad que explica su causalidad. Y con ello, el individuo se vuelve responsable de sí en cuanto a su salud, bajo un régimen de libertad y responsabilidad individual. Con este panorama el medicamento tendrá un espacio de crecimiento nunca antes visto en otro rubro.

La otra intervención: la farmaceutización de la vida

Si bien Illich (1975) ya había adelantado la idea de una sociedad toxicómana, no alcanzó a ver su total magnitud. Abraham (2010), percatándose del impacto de los medicamentos en la actualidad, le dio un vuelco a la idea de medicalización y comenzó a hablar más bien de una farmaceutización de la vida.

Advierte que en el consumo de medicamentos se halla una recurrencia cada vez mayor que implica dar un brinco por sobre la opinión médica y se intenta ir directo a la solución. De alguna forma u otra, se ha vuelto urgente ir rápidamente a la solución. Y para tal efecto, crucial resulta ser el (mercado del) medicamento que como dispositivo otorga tal posibilidad de respuesta inmediata, fácil de ubicar y a distintos precios.

Abraham (2010) señala que el éxito del medicamento en la sociedad actual está afín a un doble interés: por un lado, el de la industria farmacéutica que busca maximizar sus ganancias como empresa de la salud y, por el otro, el interés de los consumidores en optimizar su salud, en mejorar rápidamente el problema que los embarga.

No obstante, para lograr tal objetivo, dirán Fox y Ward (2008), el medicamento debió entrar en la vida cotidiana de las personas: se debe estar familiarizado con los mismos. Fox y Ward (2008) identificaron dos caminos para ello: el primero, una domesticación del consumo farmacéutico y, segundo, la apreciación de que los mismos medicamentos son especies de “balas mágicas” para una serie de problemas de la vida cotidiana. La farmacéuticalización de la vida depende de que se vuelva imperceptible la conexión entre el mundo de los negocios y la vida privada de las personas.

Existen otras investigaciones que han resaltado el rol la industria farmacéutica en tanto que grandes corporaciones y que se vuelven complementarias a esta mirada. Se han acuñado ideas como “creación de enfermedad” definida por Moynihan y Henry (2006) como “la venta de una dolencia que ensancha los límites de la enfermedad y amplía el mercado para vender su tratamiento” (p. 425). Son una especie de manufactura de enfermedades para las cuales vende sus medicamentos como solución donde la estrategia infalible es el miedo al dolor y al sufrimiento. David Haely (2012) ha llamado a este proceso como *Pharmageddon* y Jacky Law (2006) como *Big Pharma*, aludiendo a la potencia de esta gran industria de la salud.⁴

No obstante, la farmacéuticalización de la vida no solo atañe a la ingesta del medicamento, es una lógica que implica que el medicamento se ha vuelto un dispositivo común, doméstico y que en tanto tal, no se le puede omitir: forma parte ya de nuestra subjetividad.

La medicalización de sí o la subjetividad medicalizada

Fainzang (2013), señala que hoy en día existe una medicalización de sí. Esta idea emerge de estudios sobre la automedicación en Francia y desde los cuales asevera que la automedicación implica varios procesos ensamblados: el auto-examen, el auto-diagnóstico y la auto-medicación.

La medicalización de sí describe, en este sentido, la tendencia de tomar una decisión por sí mismo para resolver un problema de salud y que, según la misma persona, requiere un tratamiento farmacológico. Para lograr ello, se busca información en Internet, se consultan revistas, se escuchan los consejos que aparecen en televisión de algún experto

⁴ Potencia que, a su vez, es respaldada por la elaboración sistemática de manuales como el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, por sus siglas en inglés) para el caso del campo psiquiátrico/psicológico y el aumento de trastornos en cada una de sus ediciones. Hoy, prácticamente todas las emociones pueden ser sinónimo de trastorno, por ende, pueden ser medicadas.

o de personas conocidas para tomar una decisión que resulta en un auto-gobierno, pues se han examinado los síntomas, se ha confirmado el problema con la información obtenida y se ha comprado la prescripción que la propia persona cree adecuada.

Fainzang (2013) manifiesta que con esta lógica se cierra un círculo: la individualización de los problemas sociales. La medicalización de sí robustece la idea del cambio de percibir los problemas como sociales o parte de una comunidad a ser individual, privado. Es la concreción de aquella dislocación de la responsabilidad que señala Conrad y por la que Fainzang viene a manifestar que la automedicación es, en consecuencia, un acto político de esta época. Es una especie de protesta silenciosa dada la manera de vivir y trabajar que tenemos en la actualidad. La medicalización de sí se vuelve la prueba de la naturaleza patógena de los ambientes en los cuales el individuo actual se desenvuelve y que desembocan en una constante medicación de su vida.

De forma complementaria, se podría argüir al estudio de Ferrer (2013) quien apunta a los discursos gubernamentales que promueven la individualización de la salud. Discurso que señala que el principal problema de salud de la población son sus “estilos de vida”. De ahí que para Ferrer se vuelve crucial el estudio de los programas de salud, por ejemplo, en el caso de Chile, del programa “Elige vivir sano” luego llamado “Elige vivir sano en comunidad”⁵ en donde, de algún modo u otro, se aprecia una culpabilización de la víctima. Hecho que, no obstante, parece ser un problema global, pues como afirma Rose, “hoy se trata de responsabilizar a cada individuo, a cada familia, a que cuide de su cuerpo para el bien de todos y cada uno” (citado en Scarpelli, 2013: s/p).

Buscar cuidar de uno mismo, de evitar o prevenir riesgos –ya no en el sentido de Beck (1998)–, implica que la subjetividad medicalizada está en una constante alerta. Alerta que no solo apunta reducir problemas de salud con la automedicación, sino que de fondo encuentra una preocupación epocal por la optimización de la vida. Por mejorar su rendimiento en todo su espectro sea éste biológico, social, cognitivo o emocional.

⁵ Cabe destacar que el programa de salud que estudia Ferrer llevaba por nombre “Elige vivir sano”. Allí, se implementaron en barrios populares y escuelas públicas actividades que potencian tanto la salud física como la mejora de los hábitos alimenticios de la población. Nace en el año 2011 bajo el primer gobierno de Sebastián Piñera en una alianza público-privada y luego será reformada por el segundo gobierno de Michelle Bachelet como “Elige vivir sano en Comunidad” siendo transformada en política gubernamental del Ministerio de Desarrollo Social. Se puede ver, de forma complementaria, la matriz socio-política neoliberal de las reformas a la salud en Chile en: Perdomo (2007).

La optimización de la vida: la intervención molecular

Clarke y otros (2003, 2010) hablan de la biomedicalización de la vida. La definen como una intensificación de la medicalización a través de una red compleja de innovaciones tecno-científicas que, de manera multi-direccional, están cambiando tanto el cuerpo como a los individuos y la población en general. Pero estos cambios no son una especie de metáfora como el film *Blade Runner*, que plantea cuerpos híbridos entre máquina y humanos como una segunda especie que vive en la tierra. Más bien son innovaciones que en despliegue están redefiniendo los riesgos genéticos.

Los cambios devenidos de la biomedicalización convocan nuevas identidades (personas que, por ejemplo, se autodefinen a través de un fármaco como los niños-ritalín) cuyos efectos se forjan desde adentro, desde el mundo tecno-científico en la interacción entre servicios, materias primas y tecnologías. Es, en resumen, un cambio social devenido desde la biomedicina, desde los laboratorios.

Rose señala, en una línea similar, que hoy existe una biopolítica molecular cuya razón supera la enfermedad y la salud. La política vital de nuestro siglo es para Rose (2012) aquella que se “ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas” (p. 25). Es en otras palabras, una “política de la vida en sí” (Rose, 2012: 25).

Dice Rose que la novedad de ello es que “hemos experimentado una variación brusca, un aumento cualitativo de la capacidad de modificar nuestra vitalidad, nuestro desarrollo, nuestro metabolismo, nuestros órganos y nuestros cerebros [lo que conlleva a que] La vida humana se entiende ahora en el nivel molecular” (2012: 27). En las moléculas de debaten los procesos vitales mediante tecnologías que Rose las llama ingeniería de la vida y que apuntan a la clase de persona, sociedad, que queremos ser.

Ahora bien, esta manera de medicalización de la vida provee un problema que implica todas las formas anteriores y las radicaliza pues, como dice Rose, plantea la interrogante de qué tipo de persona, qué tipo de cuerpo, se quiere ser o tener. A través de tecnologías lo que se busca es una optimización de la vida. Maximizar nuestros procesos vitales se vuelve la principal tarea hoy en día y, según Rose, existen dos dimensiones para ello: por un lado, la susceptibilidad que “abarca los problemas provocados por los intentos de identificar y tratar, en el presente, a personas a quienes se les pronostica algún mal futuro” (2012: 50) y, por otro lado, el mejoramiento cuya orientación

es hacia el futuro, pues “cualquier capacidad del cuerpo o el alma humanos (...) parecen ser, en potencia, susceptibles de mejoramiento mediante la intervención tecnológica” (2012: 53).

Lo que se intenta es la transformación orgánica de la vida redefiniendo la vitalidad desde dentro. Su fin es un humano mucho más biológico. Al percibirnos como “individuos somáticos” (Rose, 2012: 65), esto es, “como seres cuya individualidad se encuentra anclada, en parte al menos, en nuestra existencia carnal, corporal, y que se experimenta, se expresan, juzgan y actúan sobre sí mismos, en parte, en el lenguaje de la biomedicina” (2012: 65). Por eso, bajo esta biopolítica molecular hemos llegado al tiempo en que básicamente podemos pedir un “cuerpo a la carta” (citado en Scarpelli, 2013). Y allí, podría advertir, se vislumbra la idea no solo del “cuerpo como proyecto” (Sibrian, 2016), ese cuerpo a la carta, sino que también la del individuo como proyecto. Individuos que, por ello, producen en lo que a continuación denominó como un vivir analgésico.

El vivir analgésico

En el encuentro entre una subjetividad medicalizada y la biopolítica molecular, pero que deviene de todo lo que he descrito como la medicalización y farmaceutización de la vida, surge la siguiente propuesta. Si se asumen estas posturas como un movimiento complementario de la extensión de la mirada y lógica médica sobre la vida, cabría interrogar ¿cómo quedan revestidas las prácticas cotidianas bajo esta forma de concebir hoy la vida?

Diré, para empezar, que sin duda alguna los medicamentos han cambiado la vida de las personas. Afirmo, con ello, lo que señalan tanto Abraham (2010) como Fox y Ward (2008), esto es, los medicamentos se han domesticado, se han vuelto un artefacto del hogar y la vida cotidiana: los encontramos en baños, habitaciones y cocinas, se diferencian para adultos, niños o para funciones distintas como multi-vitamínicos, el control de la natalidad o las dolencias de la gripe. Vivir hoy sin medicamentos es casi imposible de concebir.

Ahora bien, este reparto de medicamentos en nuestros espacios y ritmos, ha impactado no solo a nuestra salud, nuestro cuerpo y órganos en su alcance bioquímico como afirman Clarke y otros (2003, 2010), sino que también irradian nuestros problemas cotidianos.

Los medicamentos, sobre todo analgésicos, entregaron una gran posibilidad: al ser un dispositivo que está al alcance de la mano, que se puede comprar en muchos casos de forma libre y hay un gran

mercado que los ofrece, nos han entregado la gran opción de solucionar temporalmente un problema. Y suceden dos hechos como consecuencias de ello: primero, el dolor, alguna molestia física, el malestar en general, pierde sentido antropológico y se extirpa rápidamente y, segundo, comienza a sí a germinar una idea de narrativa cotidiana sin interrupciones.

No es la cura lo que importa con los medicamentos sino la suspensión de una sensación de problema. Y con esta suspensión temporal surge el ideal de no alteración del relato cotidiano. Por ello, planteo que vivimos hoy bajo una lógica que se puede denominar analgésica. Analgésica porque tiene las características de lo que acarrea el analgésico:⁶ tiene un efecto local, prácticamente inmediato, de fácil adquisición, que tiene muchas ofertas del mismo producto y permite continuar con una tarea luego de su ingesta. Y la analgesia tiene la característica de la automedicación, pues deviene como su principal actividad. Y la automedicación es, como señaló Fainzang (2013), un ejercicio que contempla mirarse, tocarse, analizarse uno mismo, hacer el diagnóstico, informarse y luego ser responsable de la solución.

Pero la lógica analgésica a la cual me refiero no alude al proceso de automedicación farmacológica. Más bien le excede y se posa sobre muchas otras actividades de la vida diaria en las cuales se busca o se desea un efecto similar al que nos entregan los medicamentos. De ahí que es una lógica y por ello digo, además, que los medicamentos han cambiado nuestras vidas más allá de su propósito principal.

La lógica analgésica que deviene vivir analgésico, es una búsqueda y práctica (regidas quizás por un deseo) de actividades que tengan o a las cuales se les deposita la facultad de poder suspender temporalmente una sensación de problema que, por un lado, exige cierta acción calmante pero que, por el otro, ésta no sea un cambio radical. Tal cual el medicamento, se busca la suspensión del síntoma más no la cura del problema en sí, pues el problema quizás demanda mayor esfuerzo o incluso es solo una sensación de problema.

Dicho de forma esquemática, la lógica analgésica es una especie de automedicación sin necesariamente el uso de fármaco. La idea es intentar contrarrestar una sensación de malestar que puede interrumpir nuestros proyectos diarios. Tal cual nos recetamos remedios para algún síntoma corporal,

6 Cabe destacar que los analgésicos son los medicamentos más consumidos en Chile y probablemente en todas las sociedades dada su libre venta. En una lista entregada por el Instituto de Salud Pública, el paracetamol y el ibuprofeno fueron los principios activos más vendidos. Ver más en: <http://www.24horas.cl/nacional/estos-son-los-20-medicamentos-mas-consumidos-por-los-chilenos-2072599>

hoy nos recetamos actividades diarias con el mismo propósito. En ese sentido emerge con esta lógica una traducción analgésica de muchos problemas que, a su vez, son tratados como una enfermedad que necesita de un remedio.

Pero ¿por qué esta búsqueda de una analgesia? Existe hoy, según Araujo y Martuccelli (2012) una sensación de desmesura,⁷ de desborde, similar a como se ataca e interpreta el dolor físico. Brossat (2008) dice, respecto al dolor: “se asemeja a una forma de decadencia, la condición del que está preso de un dolor intenso o persistente, es percibida como rebajada, deshumanizada” (p. 59). Quiere decir Brossat que, con el paso del tiempo, el dolor tomó la connotación de desolación, negativo puro, lo que exige descartarlo por todos los medios disponibles.

Pero ¿por qué aparece la desmesura? Araujo y Martuccelli (2012) la caracterizan como una sobre-exigencia que tienen los individuos a pasar ciertas pruebas y se transforma en una especie de autopercepción de su presente. Todas las pruebas deben ser pasadas con éxito. En ese sentido, se le puede entender como la forma de sentir y percibir algunos problemas (incluso institucionales como el laboral) que tienen las características de relatos inciertos o interrumpidos (Beriain, 1996; Sennet, 2000; Castel, 2010; Dubet, 2013). El ritmo actual (Han, 2012), las exigencias de hoy, exigen una intervención analgésica oportuna, rápida, eficaz y, sobre todo, local ante este escenario.

Así, pues, la lógica analgésica no se hace cargo del dolor físico, sino más bien de esta sensación de desmesura que funciona de manera similar. Ahora bien, ¿por qué analgesia y no anestesia? ¿existe alguna diferencia entre ambas? Brossat (2008) cuando habla de la anestesia, no la aplica solo a tecnologías médicas para evitar el dolor, sino que también hace una comparación al rol que cumple la televisión hoy en día como un dispositivo de anestesia social. En este sentido, Brossat contiene esa idea fuerza de una estructura que se posa sobre la sociedad, sobre individuos pasivos específicamente y que son anestesiados por un experto que maneja un dispositivo. Es el experto contra el paciente.

Por el contrario, la analgesia funciona más como un analgésico local. Y esto requiere un vuelco a la idea de anestesia por dos razones: primero, el sujeto deja de ser pasivo, pues es voluntad propia consumirlo, se vuelve activo en la búsqueda de una solución a su problema. El individuo se auto-

7 La desmesura a la cual se refieren Araujo y Martuccelli (2012), es una sensación de sobreexigencia y presión que es vivida como una transgresión de los límites propios. Es una producción de sentido, una forma de comprender y comprenderse en tanto que individuos.

diagnostica, se informa, busca y compra su solución. No hay un experto entre él y el dispositivo analgésico. Segundo, la analgesia trabaja a nivel local, ataca el problema focalizado y funciona *just-in-time*. La persona, a su vez, puede seguir con sus tareas diarias. No exige reposo o tiempo de recuperación. Es, en otras palabras, un dispositivo para no interrumpir la rutina diaria.

¿Qué actividades se hallan entonces en la lógica analgésica? Actividades tan variadas como por ejemplo el consumo de alcohol después del trabajo conocido como *after-office* (Hernández, 2009)⁸ cuyo fin no es sino otro que ayudar a distender el estrés laboral con dosis reguladas de alcohol, pues el *after-office* tiene, generalmente, horas limitadas que van desde las siete de la tarde hasta las diez de la noche. Este régimen de diversión limitada no tiene otro fin que ayudar a aliviar la carga subjetiva del trabajo.

Prácticas también como el yoga (Lizama-Lefno, 2016) o similares como la biodanza, pilates, bailoterapia que se han vuelto populares entre mujeres y que en pequeñas dosis diarias de una hora logran, como un analgésico, impregnar al cuerpo y el alma de un alivio analgésico (equilibrio energético muchas veces le suelen llamar) necesario para enfrentar el día en tanto que mujeres, esto es, trabajadoras, madres, estudiantes, parejas, todo a la vez.

También se pueden incluir deportes varios en el gimnasio que tienen la característica de ser de corta duración y que prometen revitalizar rápidamente al individuo (Costa, 2008) como el *crossfit*, TRX, *running*, entre otros, y sumado a ello una gran gama de nuevas técnicas nutritivas (proteínas en polvo, aminoácidos en cápsulas, etc.) que prometen cada vez más una mejor salud y un mejor rendimiento. La idea de fondo es siempre, bajo un argumento tecno-científico, biológico y médico, advertir que estos deportes combaten el estrés diario, el malestar cotidiano por los ritmos de vida, pero sin cambiar la vida en sí, sino que se les otorga una facultad analgésica como un remedio gimnástico.

Quiere decir esto que con la lógica analgésica nos volvemos sujetos activos que buscan un remedio a lo que sienten como problema (estrés, cuerpo, agotamiento, entre otros). Nos convertimos en

⁸ Se ha vuelto tan común esta práctica en Chile que Televisión Nacional de Chile lanzó durante el primer semestre del año 2016 un microprograma llamado "Colegas" en donde dos trabajadores se juntaban a beber cervezas todos los días en un bar con la excusa de conversar diversas situaciones de la vida que sentían como problemáticas, pero que con la cerveza parecía de cierta forma quedar aliviada dicha sensación. Ver los capítulos en: <http://www.tvn.cl/programas/colegas/>

"aliados del médico, un proto profesional [que se hace cargo] de parte de la responsabilidad de mejorarse" (Rose, 2012: 229). Nos auto-administramos dosis temporales de actividades que como los analgésicos adquirimos en el mercado del mejoramiento de nuestras vidas (bares, centros de yoga, gimnasio, etc.).

Pero el vivir analgésico tiene, además, otra particularidad: se constituye en una especie de promesa. Promesa de equilibrio, de alivio, de restablecer energías, revitalizar o mejorar algo que se cree que va mal cotidianamente. El vivir analgésico funciona como una promesa de cambio sin llegar a serlo de forma radical. Es más bien una solución temporal que se renueva a diario, puesto que prometen mejorar la vida sin una revolución de las mismas. Se trata más bien de pequeñas dosis tecnológicas de alivio para seguir con la vida tal cual está. Por ello se constituye como una promesa o quizás como simulacro de estabilidad que, por dicha característica, debe ser constantemente renovada.

Al percibimos como "individuos somáticos" (Rose, 2012), estamos en una búsqueda constante de hacer algo al respecto como simulacro del remedio. Y eso que nos recetamos nos ayudará (ideológicamente se podría decir) a rendir mejor en nuestros trabajos (Han, 2012) y vida personal o prevenir problemas futuros. El individuo, en ese sentido, se tiene que gestionar a sí mismo, debe ser "hiper-actor" (Araujo y Martuccelli, 2012), pues dependerá ahora de sus propias habilidades para la cura: el remedio no trabaja solo, necesita de mi actividad para surtir efecto.

Y esto sucede, pues la subjetividad medicalizada (Fainzang, 2013) interpreta como remedio dichas actividades al asumir la enfermedad (y toda una enfermedad) como uno de los males de nuestro tiempo, como una "ciudadanía más cara" (Sontag, 1989).

Fassin (1996), por último, señala que el proceso de medicalización es una forma de interpretación de cómo las sociedades se gobiernan a sí mismas y, de acuerdo a lo que he expuesto, la lógica analgésica implica un tipo de gobierno donde el individuo se hace responsable de forma individual de su salud. Esto debido a que, por un lado, existe un mercado del bienestar que permite adquirir tales tecnologías y, por el otro, se ha formado una subjetividad que demanda y exige ser medicalizada con estas nuevas tecnologías.

Estar bien parece ser hoy una nueva exigencia, una nueva demanda, un nuevo capital. Y aunque esta reclamación tiene en su anverso malestares latentes, hechos que se consideran y viven como fracasos en

la vida personal, laboral, afectiva o económica, la emergencia de una lógica analgésica como necesidad de una otra medicalización emocional tiene la fuerza de dirigir nuestras vidas, pues en tanto que promesa tiene la potencialidad de ser renovada a diario sea bajo distintas tecnologías, sea bajo múltiples discursos.

Consideraciones finales

Rose (2012) ha señalado que analizar el despliegue de la medicina en la actualidad es sinónimo de conocer la ontología de nuestro tiempo. En cierto sentido, la propuesta del vivir analgésico intenta abrir una discusión en dicha senda, pues no es el foco de este estudio la medicina como disciplina, pero sí uno de sus efectos colaterales como ha sido el gran consumo de medicamentos y lo que ellos han entregado como lógica frente a las molestias cotidianas.

Sabemos de sobremanera que ya hace mucho tiempo el saber médico en torno al cuerpo sano y enfermo, la salud y la muerte, el dolor y el sufrimiento, han superado a la propia disciplina médica. En la actualidad, las ideas de salud y enfermedad se han vuelto mucho más difusas. Solo basta pensar en las enfermedades mentales y su verdadero o falso despliegue para dar cuenta que hoy estar sano es prácticamente una idea imposible de concebir. Por ello, el vivir analgésico se posiciona como un "entre": entre sentir y racionalidad, entre diagnóstico y cálculo terapéutico, entre estar y querer.

Medicarse hoy ya no remite al fármaco necesariamente, aunque como nunca antes en la historia éstos se han producido y fabricado. El vivir analgésico le otorga dicha lógica de medicación a muchas otras actividades que mencioné anteriormente. Los analgésicos, en ese sentido, donaron la posibilidad de pensar una vida diaria lo más alejada posible del dolor, sufrimiento o malestar. Y cuando más se retira el dolor del cuerpo, dice Brossat (2008), más intensa es entonces la expansión del sufrimiento y, por ello, surge la necesidad urgente de la analgesia diaria.

De la mirada médica hemos heredado una constante alerta para con nuestras vidas y de la pharmaceuticalización (Abraham, 2010), la capacidad de solución temporal de los dolores. Nos auto-recetamos actividades bajo la promesa de sanar o mejorar tal cual la medicina lo viene haciendo hace años como promesa de la vida. Intentamos a través de muchos medios suspender y arrinconar al fondo de un clóset la posibilidad de decaer o enfermar, sea

porque trae consecuencias nefastas en el mercado laboral o simplemente porque ya se le considera como maldición de la vida. Por ello ser doctores de nosotros mismos se ha vuelto una actividad ineludible.

Esposito advierte que hoy el "único modo de sobrevivir es ignorarse" (2009: 248), pero ignorarse no es no tomar en cuenta nada y seguir, más bien es inmunizar la vida. Es medicar la vida en todo su sentido ante el más mínimo atisbo de riesgo que se presenta. Es ignorar la vida misma y utilizar el analgésico por cualquier motivo que se presente. La vida analgésica, en resumen, es un acto constante de inmunización frente a una vida exigente y desmesurada, pero que con la lógica del medicamento analgésico se ataca al síntoma, mas no al modo de vivir. El vivir analgésico es parte de un nuevo espíritu del capitalismo moderno (Boltanski y Chiapello, 2002), pero que no se reduce solo al plano laboral (Bröckling, 2015) sino que se amplía hacia la vida misma en su cotidianidad.

Bibliografía

- ABRAHAM, J. (2010) "Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimension". *Sociology*, 44 (4): pp. 603-624.
- AGAMBEN, G. (2011) "¿Qué es un dispositivo?". *Sociológica*, 23 (73): pp. 249-264. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- ARAUJO, K. Y MARTUCCELLI, D. (2012) *Desafíos comunes. Retrato de la sociedad chilena y sus individuos. Tomo II*. Santiago: Lom.
- BECK, U. (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- BERIAIN, J. (1996) *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgos*. Barcelona: Anthropos.
- BOLTANSKI, L. Y CHIAPELLO, E. (2002) *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.
- BRÖCKLING, U. (2015) *El self emprendedor. Sociología de una forma de subjetivación*. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- BROSSAT, A. (2008) *La democracia inmunitaria*. Santiago: Palinodia.
- CANGUILHEM, G. (2004) *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CASTEL, R. (2010) *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- CERECEDO, M.; TOVAR, M. Y ROSADILLA, A. (2013) "Medicalización de la vida. Etiquetas de enfermedad: todo un proceso". *Atención Primaria*, 45 (8): pp. 434-438. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicalizacion-vida-etiquetas-enfermedad-todo-S0212656713001844>
- CONRAD, P. (2005) "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (3): pp. 3-14.
- CONRAD, P. (2007) *The medicalization of society. On the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- COSTA, F. (2008) "El dispositivo fitness en la modernidad biológica. Democracia estética, just-in-time, crímenes de fealdad y contagio". *Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP*, La Plata, 15 al 17 de mayo de 2008. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.647/ev.64
- CLARKE, A., MAMO, L., FISHMAN, J., SHIM, J. Y FOSKET, J. (2003) "Biomedicalization: technoscientific transformation of health, illness and U.S. biomedicine". *American Sociological Review*, 60 (2): pp. 161-194.
- CLARKE, A., MAMO, L., FISHMAN, J., SHIM, J. Y FOSKET, J. (2010) *Biomedicalization. Technoscience, health, and illness in the U.S.* Durham: Duke University Press.
- DÍAZ AGEA, J. (2008) "El sufrimiento medicalizado". *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, XII (23): pp. 50-56. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/297/593>
- DUBET, F. (2013) *El declive de las instituciones. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa.
- ESPOSITO, R. (2009) *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FAINZANG, S. (2013) "The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication". *Culture, medicine and psychiatry*. N° 37. pp. 488-504. DOI 10.1007/s11013-013-9330-2
- FASSIN, D. (1996) *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: PUF.
- FASSIN, D. (2004) "Entre las políticas de los vivientes y las políticas de la vida". *Revista colombiana de antropología*, N° 40: pp. 283-318.
- FERRER, M. (2013) "¿La salud como responsabilidad individual? Análisis del concepto de salud en los Programas de Gobierno de la Concertación en Chile". *Actas científicas*, XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Santiago Recuperado de: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_FerrerLues.pdf
- FOUCAULT, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira
- FOUCAULT, M. (2008) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores
- FOX, N. AND WARD, K. (2008) "Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalization of daily life". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 30 (6): 856-868.
- FUSTER, N. (2014) *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago de Chile: Ceibo Ediciones.
- GARCÍA, C. (2007) "Introducción General: la medicina hipocrática y su contexto histórico y cultural". En: Hipócrates. *Tratados*. Barcelona: Gredos.
- HAN, B. (2012) *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- HAELY, D. (2012) *Pharmageddon*. Los Angeles: University of California Press.
- HERNÁNDEZ, C. (enero, 2009) "La cultura del after office se toma el cerro Santa Lucía". *La Tercera online*. Disponible en: <http://www2.latercera.com/noticia/la-cultura-del-after-office-se-toma-el-cerro-santa-lucia/> Consulta: 04 de marzo de 2018
- HIPÓCRATES (2007) *Tratados*. Barcelona: Gredos.
- ILLICH, I. (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- LAW, J. (2006) *Big Pharma: exposing the global healthcare agenda*. New York: Carroll & Graf.
- LIZAMA-LEFNO, A. (2016) *Las paradojas del yoga*. Santiago: Libros del Pez Espiral.
- MERLEAU-PONTY, M. (1993) *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta Agostini.
- MOYNIHAN, R. Y HENRY, D. (2006) "The fight against disease mongering: generating knowledge for action". *PLoS Medicine*, 3 (4): pp. 425-428.
- NIETZSCHE, F. (2011) *Humano, demasiado humano*. Madrid: Edaf.
- ORUETA, R., SANTOS, C., GONZÁLEZ, E., FAGUNDO, E., LÁZARO, G., CARMONA, J., BUTRÓN, T. (2011) "Medicalización de la vida (I)". *Revista Clínica Médica Familiar*, 4 (2). Pp. 150-161.
- PERDOMO, A. (2007) "Hegemonía neoliberal y matriz sociopolítica: el caso de la reforma a la salud en Chile". *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 6 (12). Pp. 83-110.

- PONCE DE LEÓN, M. (2011) *Gobernar la pobreza. Prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- ROSE, N. (2012) *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Unipe, Editorial Universitaria.
- SCARPELLI, A. (2013) "Nikolas Rose: vamos hacia un cuerpo a la carta". *Revista Ñ, Ideas*. Recuperado de http://www.revistaenie.clarin.com/ideas/Entrevista-Nikolas-Rose_0_841715832.html
- SENNETT, R. (2000) *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo*. Barcelona: Anagrama.
- SIBRIAN, N. (2016) "Del cuerpo máquina al cuerpo proyecto". *Revista Reflexiones*, Vol. 95 (1): 143-155.
- SONTAG, S. (1989) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.

Citado. MILLONES-ESPINOSA, Mario (2018) "Vidas medicalizadas: desde la mirada médica a una vida analgésica" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°27. Año 10. Agosto 2018-Noviembre 2018. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 10-20. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/485>.

Plazos. Recibido: 21/09/2016. Aceptado: 18/06/2018.