

# Cuerpos como fronteras heridas, intervenidas y resistentes: la enfermedad y el buen vivir\*

Recibido: 30/08/2023 | Revisado: 31/01/2024 | Aceptado: 06/02/2024  
DOI: 10.17230/co-herencia.21.40.4

**Alicia Natali Chamorro Muñoz\*\***

anchamom@uis.edu.co

**Resumen** El presente artículo pretende proponer una reflexión sobre la vida buena desde la filosofía de la enfermedad. Asume que para entender los desafíos que la enfermedad suscita a nivel social y político vale la pena concebir el cuerpo como frontera. Esta idea de frontera, presentada por Anzaldúa, permite comprender tres relaciones esenciales: la particular comprensión de identidad del sujeto enfermo que en suma complejiza toda forma de identidad personal; la relación entre tecnología y cuerpo en la condición de una vida buena desde la perspectiva posthumanista, y, finalmente, la comprensión de una biopolítica que, al asumir la radicalidad de la relación entre enfermedad y salud, reconduzca a nuevas prácticas sociales de la vida buena.

**Palabras clave:**

Cuerpo, biopolítica, filosofía práctica, enfermedad, salud, posthumanismo, vida buena.

\* Este artículo es resultado de la investigación 3931 financiada por la convocatoria 2023 de la Universidad Industrial de Santander.

\*\* Profesora asociada Escuela de filosofía Universidad Industrial de Santander, Colombia. ORCID: 0000-0002-7189-5943.

## **Bodies as Wounded, Intervened and Resistant Frontiers: Illness and the Good Life**

**Abstract** This article aims to propose a reflection on the good life from the philosophy of illness. It assumes that to understand the challenges that the disease poses at a social and political level, it is worth conceiving the body as a border. This idea of the border presented by Anzaldúa allows us to understand three essential relationships: the complex comprehension of the identity of the sick subject that in sum makes complex all personal identity form; the relationship between technology and the body in the condition of a good life from the posthumanism perspective, and finally the comprehension of a biopolitics that, by assuming the radicalism of the relationship between illness and health, redirects to new social practices of the good life.

**Keywords**

Body, biopolitics, practical philosophy, disease, health, posthumanism, good life.

La reflexión sobre la buena vida se ha cruzado con el problema de la salud y la enfermedad solo algunas veces dentro de la historia de la filosofía. Fundamentalmente, dicha reflexión se ha dado desde la tradición griega en conexión con lo moral o el cuidado del alma. Por ejemplo, Aristóteles utiliza frecuentemente casos relacionados con la medicina y la curación cuando analiza las formas de proceder de la ciencia y cómo se da y genera el juicio moral. En efecto, el Estagirita le concedió una atención especial a la medicina en el libro Z de la *Metafísica*. Allí nos dice que la salud se genera tanto espontáneamente como por arte; en ciertos casos, el cuerpo puede recobrase a sí mismo encontrando en sí la armonía; en otros, el médico puede restaurar el equilibrio a partir del acto de escuchar el cuerpo enfermo y reconocer las alteraciones que se deben mejorar (1032b).

Considerando lo anterior, la medicina no es solo *téchne* ni solo *phýsis*; ni una mera producción en la que el fin esté puesto completamente desde lo exterior, dependiente de los objetivos del humano productor, ni naturaleza, que tiene su fin y principio dentro de sí. El arte de curar es técnica en cuanto utiliza instrumentos y, al mismo tiempo, tiene algo de *phýsis* porque debe escuchar qué pasa, cómo se manifiesta la vida, y poner el cuerpo como centro. Por otra parte, en su filosofía práctica, Aristóteles retoma continuamente el proceder de la curación para compararlo con el proceder de la política y la ética (*EN*, V). Esto muestra que una metáfora central del pensamiento clásico consiste en considerar que el enfermo se diferencia del sano por la existencia de una desarmonía interna.

Dentro de las posturas clásicas sobre cómo entender la enfermedad, además de la anteriormente señalada, propia de los griegos, que la define como armonía de los elementos, nos encontramos con la perspectiva medieval, que está determinada, por ejemplo, por los humores y la lucha por lograr recobrar los buenos humores a partir de las sangrías, del calor o del portar joyas de protección contra de cualquier mal humor. En este caso, la enfermedad se entendía decididamente como algo externo que venía a afectar al cuerpo, y este último se asumía como un recipiente de humores buenos o malos a partir del cual era posible una buena vida (Vigarelli, 2006, pp. 113-152).

Posteriormente, dentro de la misma Edad Media, se abre paso a un gran hito con una nueva visión centrada en el manejo de la dieta y la necesidad de robustecer el cuerpo como forma de defensa. Estos procesos llevaron a una comprensión del manejo de la salud a partir de la implementación de un régimen de una vida que implicaba que lo bueno residía en fortalecer ese recipiente. En algunos casos este manejo podía ser extremo, para poder generar cuerpos lo suficientemente fuertes, unos cuerpos que comenzaron a concebirse como fibras que se podían modelar (Vigarello, 2006, pp. 179-194).

En la Modernidad, con el desarrollo de la microbiología y de la cirugía, la enfermedad pasa a ser un asunto específico del órgano (Canguilhem, 2015 [1966]). Se enfatiza la necesidad de encontrar la parte que trae el mal dentro del cuerpo y de sacarla antes de que siga corrompiendo las partes buenas. La configuración de la enfermedad dentro del órgano lleva a la especialización de las formas de curar y a la formación de un enfermo diseccionado, separado entre la identidad de sí mismo y la parte enferma (Gadamer, 2001 [1993]).

Lejos de esta lectura tradicional del trato del enfermo, en su trabajo *Lo normal y lo patológico* (2015 [1966]), Canguilhem pone en cuestión tanto la posibilidad de diferenciar de manera tajante entre la salud y la enfermedad como la consideración de que la categoría de lo patológico se pueda definir por fuera del contexto en que el organismo vivo habita. Siguiendo a Leith, Canguilhem afirma, entonces, que en algunos casos podríamos considerar la salud como el silencio de los órganos, de modo que la circunstancia de estar sano se da en el momento en que los órganos no están generando ningún sonido ni preocupación. Así, podemos pensar en la idea del *cuerpo transparente* como la versión fenomenológica que hace que nuestro cuerpo, en su proceso de cumplir las funciones, deje de aparecer ante la conciencia como “algo que está allí” y se determine, más bien, en la actualización de la función desarrollada (Blumenberg, 2011). En este sentido, la buena vida, desde la perspectiva de la salud, implicaría una completa funcionalidad donde todo órgano se muestra como transparente ante los deseos volitivos y naturales (Carel, 2016).

Ahora bien, el grado máximo de tal transparencia, algo así como una salud perfecta que implicara una buena vida perfecta, es algo

negado a los seres mortales aquejados siempre por el cansancio, la enfermedad mental y la depresión (Aho, 2019; Heidegger, 2013; Ros Velasco, 2020, 2021) o por su propia condición corporal (Frankl, 2009 [1984]). En este sentido, parece que “estar sano” y “enfermo” no son polos, sino estados transitorios, e incluso muchas veces nuestra salud y enfermedad se presentan como un palimpsesto dentro de nuestra experiencia en el mundo (Sontag, 1978; Sanz, 2021). El estado de sanidad es aquel en que un sujeto se puede recobrar, es decir, estar sano implica la posibilidad de enfermar y mejorar (Canguilhem, 2015).

De manera simultánea, la existencia del enfermo no es simplemente la historia del que sufre una enfermedad y sabe que va a morir, sino de quien, sabiendo que está enfermo, busca formas de compensar y de sobrevivir (Aho & Aho, 2009; Carel, 2013). Incluso en los casos críticos, la eutanasia sería una última forma de compensación de la existencia de la vida, cuando el enfermo considera que ya no puede continuar con esta (Blumenberg, 2011) y entonces su buena vida se ve como el deseo de un buen final.

Tenemos que pensar en qué significa ese tránsito y cómo desde él se daría la apertura a una antropología filosófica que asuma la capacidad de recobrase como base de la condición humana (Chamorro, 2020; Dahl *et al.*, 2019). Aunque somos conscientes de que una filosofía de la enfermedad debe intentar ser cada vez más una filosofía de *las* enfermedades, que entienda la pluralidad de los fenómenos y de las formas existenciales de cada enfermedad, consideramos que es posible encontrar ciertas estructuras básicas de la experiencia de la enfermedad que influyen en los diferentes modos de experimentar las dolencias, y que tales estructuras se relacionan con la vulnerabilidad. En su condición de ser lábil, el humano se nos presenta a la vez como un ser necesitado y como un ser capaz de cuidar (Torre, 2011).

Por otro lado, el filosofar ha estado relacionado con el ser para la muerte: en Platón, Séneca y, siglos después, Heidegger (1997 [1927]; 2013) encontramos la reflexión centrada en la apreciación de que la finitud es lo fundamental de la filosofía. La finitud en el sentido heideggeriano implica saber que nuestra vida está limitada

por la llegada de la muerte y cómo este límite hace que todo lo de *adentro* cobre sentido (Heidegger, 1997). Ahora, en cambio, al hablar de la filosofía de la enfermedad, el problema no radica en el significado del desaparecer o del hecho de que el mundo continúe sin la persona que desaparece, sino en ser cuerpos que sufren, pueden tener dolores y tratar de actuar en contra de ellos (Pelluchon, 2009; Weizsäcker, 2005). Nos encontramos ante un ser necesitado de consuelo y de cuidado que trata de perseverar en su ser, más allá de sus imposibilidades (Eriksen, 2019, p. 114). El presente artículo se sitúa en la línea que trata de comprender las posibilidades del cuerpo enfermo para lograr una buena vida sin justificar el dolor de forma teodiciaca (Cardona, 2015). De este modo, lleva a un lugar diferente lo supuesto como normalidad en la pregunta de la buena vida, acercándola al del contexto del dolor que manifiesta cómo toda vida, pensada desde el cuidado, tiene que entenderse desde una ontología social (Butler, 2018 [2004]).

Así, queremos indagar sobre cómo la condición humana se caracteriza por tratar de sobrevivir a partir del recobrase de diferentes dolores y enfermedades, y cómo logra un estado compensatorio y lábil de sanidad que está siempre atravesado por el poder y el cuidado. Por ende, exploramos también desde el campo del cuerpo la relación entre una reflexión filosófica sobre la enfermedad con la biopolítica y la tecnología. La hipótesis que proponemos es la siguiente: el cuerpo ofrece un campo de trabajo fructífero que, desde la filosofía de la enfermedad, permite conectarse con las líneas de la biopolítica contemporánea y de la filosofía de la tecnología.

Para sostener esta hipótesis, necesitamos tomar ciertas posturas, algunas más arriesgadas que otras. La primera es asumir el cuerpo como frontera. La segunda es retomar una idea ya conocida, a saber, la de que el cuerpo se hace presente en la enfermedad, pero explorando ahora una afirmación implícita en ella: si lo disruptivo es lo que permite pensar, entonces la filosofía de la enfermedad asume la tarea de entender el lugar de lo disruptivo en una reflexión de carácter antropológico y político, como muy bien ha mostrado el valiente libro de Hedva (2020). En la tercera y última postura queremos ver hasta qué punto la propuesta del posthumanismo nos

permite comprender la relación entre una buena vida y el cuerpo enfermo fronterizo que es atravesado en una forma identitaria, no ocasional ni accidental, por el objeto técnico que procura salvarlo y a la vez cosificarlo.

## **Dificultades de pensar el cuerpo en la enfermedad**

El giro corporal de las ciencias humanas y de la filosofía se puede constatar en los siguientes desarrollos: el trabajo cada vez mayor de los antropólogos culturales y su uso de la filosofía, que permitió la introducción de la diversidad corporal y la cercanía a esa materia viva que somos (Asch, 2004; Casper & Moore, 2009; Kafer, 2013; Wendell, 1996); la inclusión de la fenomenología como filosofía del siglo XX que pone al cuerpo dentro de un lugar central de la reflexión (Sanz, 2021; Young, 1990), y, finalmente, la filosofía política que, al criticar el acercamiento fenomenológico, ve en ese cuerpo descubierto fenomenológicamente tensiones determinadas por las normas, formas de poder y luchas, con lo cual se hace de la política contemporánea una política de/sobre/en los cuerpos (Butler, 2017; Hedva, 2020; Valls, 2020).

La filosofía, la sociología y la antropología que se encargan del cuerpo han llegado a una sólida tesis conjunta: el cuerpo es oscuro, difícil de captar, imposible de aprisionar en conceptos y, aun así, central dentro del análisis de las ciencias sociales y humanas. Asumir la reflexión desde el cuerpo enfermo ha sido una tarea fundamental de la fenomenología de la enfermedad y también de las reflexiones biopolíticas. Uno de los conceptos centrales que ha permitido entender la experiencia de la enfermedad es la diferencia entre cuerpo como objeto físico (*Körper*) y cuerpo como cuerpo vivido (*Leib*). Esta distinción recoge la observación hecha por la fenomenología con respecto a que, por más que la ciencia pueda reconocer el problema de la enfermedad, sigue estando atorada en la comprensión del cuerpo como objeto, de modo que parece ser que solo el sujeto sufriente puede tener una descripción de lo que significa su enfermedad desde el cuerpo vivido (Gadamer, 2001 [1993]; Binder, 2022).

El problema al que también nos enfrentamos aquí es el de la comunicabilidad entre *la primera persona*, que teje su experiencia en el testimonio de su enfermedad, y *la tercera persona*, que se hace presente en el análisis del manejo del cuerpo, como en los discursos y teorías relacionados con la salud. La dificultad radica en que no se encuentran siempre formas adecuadas de conexión entre el grito herido fuertemente material de los testimonios del enfermo -por ejemplo, en el maravilloso texto de Anne Boyer (2019)- y los discursos de un cuerpo que existe como situado materialmente en un espacio en el que se ejerce el poder y que, a la vez, es tremendamente diluido en su individualidad, aspecto que ha sido retomado por la visión biopolítica, fundamentalmente en algunos de los textos de Foucault (1981 [1964]; 2002; 2017) y Esposito (2011), al igual que en líneas de la epistemología y el feminismo (Valls, 2020).

En este sentido, consideramos que la distinción entre cuerpo vivido y cuerpo físico aporta dos caminos importantes para comprender filosóficamente el fenómeno del enfermar (teniendo en cuenta sus múltiples dimensiones, es decir: el sufrimiento, el dolor, la manipulación, el ejercicio público e institucionalizado), pero en ocasiones también implica elegir el uno o el otro. La división entre estas dos comprensiones del cuerpo puede mantenernos en una visión dualista del enfermar que permite asumir dos discursos que, si bien son importantes para entender la vida buena dentro de la enfermedad, pocas veces se conectan.

El cuerpo aparece en ambos discursos, pero no se ve de la misma manera y, en efecto, en ambos no se sabe exactamente qué hacer con el cuerpo enfermo. Parece que este último es el tema central -¿no es acaso la enfermedad algo que acontece en el cuerpo?-, aunque sea algo que se presenta como inalcanzable o, por lo menos, oscuro para su conceptualización (encontramos múltiples referencias a no saber qué es ese cuerpo o no saber qué hacer con él, al igual que críticas a cierto movimiento biopolítico que convierte el cuerpo en una cuestión de poder del lenguaje dejando sin sentido su materialidad). Entonces, sin desechar los aportes que la distinción entre cuerpo vivido y cuerpo físico ha hecho a la comprensión del fenómeno, postulamos aquí la necesidad de entender los lugares de unión entre

ambos, de situarnos en aquello que en los discursos aparece como el momento de la perplejidad y la desorientación. A esta perspectiva la denominamos el cuerpo como frontera.

Al proponer al cuerpo como frontera asumimos este término desde el texto de Anzaldúa: la frontera que en un mapa parece una línea determinada y clara es realmente un espacio de contaminación, de mezcla de saberes, de conflicto entre diferentes formas de ser. Anzaldúa reflexiona sobre su ser chicana, lesbiana y mujer académica cuando dice que ella es la frontera (2016, pp. 128-129). Ahora bien, con esa idea queremos decir que ese cuerpo que parece delimitado, claro y contorneado, en la realidad se comporta como frontera. Una frontera compleja. Esta metáfora permite entender la corporalidad considerando los siguientes aspectos: unos procesos de transición y contaminación; un constante estado de vulnerabilidad, acogimiento y acceso; una territorialidad determinada por la mezcla y lo intersubjetivo.

Para hablar del primer aspecto podemos retomar la reflexión que Blumenberg (2011) hace sobre el cuerpo, la cual permite entender la transición y contaminación de ser, tener y estar corporalmente. La reflexión mencionada gira en torno a la idea de que el cuerpo tiene la extraña capacidad de posibilitar la vida sin hacerse notar. Su lugar es una transparencia que solo se torna opaca a través de los otros o de la experiencia de que yo mismo me siento un otro. En este caso Blumenberg asume que, aunque mi vivencia corporal es completamente mía, no aprendo qué es ser un cuerpo desde mí mismo, sino desde los cuerpos de los otros. Es desde esta comunicación que constituyo mi propia corporalidad, en donde la visión entre transparencia y opacidad configura un cuerpo propio que es atravesado desde el principio por lo intersubjetivo.

Igualmente, en los momentos de buena marcha, de lo que tradicionalmente sería la buena vida de la salud, mi cuerpo es un medio transparente de deleite, conocimiento y coordinación. Blumenberg llega a afirmar que “quien es feliz está con cualquier cosa, menos consigo mismo” (2011, p. 507) y considera opuesta la situación cuando llega la enfermedad: “para el cuerpo, la enfermedad y la vejez, y en el caso extremo la muerte, son formas de desposeimiento de la

disposición sobre sí mismo, en el fondo transgresiones de la norma de que el cuerpo no debe hacerse notar” (p. 500). En *Body Matters*, Aho y Aho afirman en esa misma línea lo siguiente:

Por la mayor parte del tiempo, sin embargo, yo estoy disuelta en el agua, yo cohabito contigo. Cada uno de nosotros vive más allá de nuestras pieles en un estado de mutua permeabilidad, enmarcados por las familias, etnias, y naciones en las que hemos nacido moviéndonos juntos en un tipo de coreografía como bailarines en un elaborado baile (2009, p. 30).<sup>1</sup>

Ese cuerpo que somos debe pensarse desde la complejidad de una frontera muy movable y que, como cualquier lugar fronterizo, es vulnerabilidad tanto en el sentido de estar expuesta al daño como de permitir el acogimiento, lo cual es propio de todo espacio determinado por el acceso. Braidotti no está tan lejos de esta visión al referirse de este modo a lo corporal:

Así pues, el sujeto encarnado es un proceso de intersección de fuerzas (afectos) y variables espacio-temporales (conexiones). Yo adopto el concepto de cuerpo para referirme a la estructura multifuncional y compleja de la subjetividad. Se trata de la capacidad específicamente humana de incorporar y trascender, de manera simultánea, las mismas variables que lo estructuran: la clase, la raza, el sexo, la nacionalidad, la cultura, etc. (2002, p. 37).

El cuerpo es siempre esta materialidad situada en la raza, la clase y el género y determinada por ellos. Cuando se enferma, no será tratado de la misma manera, no valdrá lo mismo, y tampoco su enfermedad se verá de la misma manera a causa de este tipo de inscripciones. Al mismo tiempo, el cuerpo es una materialidad creativa, resistente y cuidadora que ante la enfermedad busca formas de rescate y buena vida, a veces en medio de una mala vida.

Dentro de estas situaciones que afectan la normal *coreografía* enunciada por Aho y Aho (2009) surge la pregunta sobre cómo el cuerpo enfermo cambia su condición durante la enfermedad. Parece ser que, en el cuerpo enfermo, en cuanto materia de intervención y de cuidado, vuelve a aparecer un sentido de frontera que rompe las

---

1 Las traducciones de los textos en inglés son responsabilidad de la autora.

condiciones clásicas de identidad, autonomía y autoconocimiento. En los diferentes testimonios acerca de la enfermedad podemos ver esa oscilación entre ser completamente una cosa-cuerpo y una persona-cuerpo.

## **El lugar filosófico de lo disruptivo: las fronteras intervenidas**

El cuerpo, como cuerpo enfermo, nos liga al ámbito biopolítico de control y manejo de la carne. El cuerpo enfermo, en cuanto manifiesta una anomalía, se hace presente en su diferencia, en un estar ahí a pesar de la precariedad; es aquel que permite entender el deseo del dominio y la forma como los poderes políticos lo reglamentan desde decisiones que están entre el curar y atender lo enfermo y el ocultar lo diferente, lo discapacitado.

Como afirma Aho al referirse a esa dimensión política de la enfermedad, esta marca el límite con una afirmación tan simple como: “por lo menos no se es uno de ellos” (2019, p. 58). La enfermedad no solo ayuda a construir las fronteras de lo social, sino que también convierte el bienestar en algo fundado políticamente a partir de un control sobre ciertos tipos de cuerpo, como han mostrado los ejemplos clásicos del tratamiento de la enfermedad mental.

En este sentido, toda desviación social es disruptiva para el mundo, sus variaciones prefiguran caos y finalmente la muerte (p. 65). En cada sociedad aparecen poderes que se ejercen sobre los cuerpos tercos, poderes sostenidos fundamentalmente en tres tipos de instituciones: las religiosas, las legales y las médicas (Chamorro *et al.*, 2022). Todas estas voces enmarcan la desviación y, dependiendo de la terquedad del cuerpo desviado, generan planes de curación, exclusión o eliminación. En su texto/manifiesto *Teoría de la mujer enferma*, Hedva es más radical en cuanto a esta relación capacitista, capitalista de la salud:

“Enfermedad”, tal como hablamos hoy de ella, es un constructo capitalista, así como su oposición binaria, “bienestar”. La persona “sana” es aquella que está lo suficientemente bien para ir a trabajar. La persona “enferma” es aquella que no puede. Lo que es tan destructivo de concebir el bienestar

como lo dado por *default*, como el modo estándar de existencia, es que *inventa la enfermedad como algo temporal*. Cuando estar enferme es una aversión a la norma, *nos permite concebir el cuidado y el apoyo de la misma manera* (2020, pp. 45-46).

En el análisis del proceso de la modernidad la sociedad aparece determinada por la aparición de espacios físicos y científicos que cumplen con la labor de producir cuerpos dóciles (Foucault, 2002; 2012 [1963]). Entonces, la enfermedad asume un estatus ontológico, como un objeto separado del pecado, pero ahora continuamente determinado por el biopoder.

Cuando Esposito (2017) trata el cuerpo en *Personas, cosas y cuerpos*, emerge una duda que puede conectar nuestra discusión acerca de la enfermedad con la relación del biopoder. Esposito considera que, durante una larga parte de la historia de la humanidad, el manejo y reparto del poder se ha pensado entre dos polos ontológicos: cosas (objetos que son propiedades) y personas (aquello que puede tener propiedades), con lo cual el cuerpo termina siendo algo donde se ejerce el poder, la propiedad y la agencia, pero que no es fácil de clasificar (no es en sí ni propiedad ni propietario). Cuando la enfermedad hace su aparición en medio de esta ambigüedad, la clasificación ontológica se hace aún más compleja: ese cuerpo enfermo es una cosa para la disposición biomédica, las partes de ese cuerpo son cosas al ser extraídas o eliminadas (la vesícula o la sangre); al mismo tiempo, el enfermo es una persona, pero se la asume en un rango diferente. Esta ambigüedad hace que el derecho y la filosofía actual tengan que incluir el *bíos* dentro de la discusión.

Esposito, que no se refiere en concreto a la enfermedad, propone una tesis interesante: el cuerpo debe estar regido por la *res sacrae*, y no por el derecho privado ni por el comercial. El cuerpo es parte de lo común, no en el sentido obvio de que todo el mundo tiene un cuerpo, sino en el sentido más potente de que “el cuerpo humano es patrimonio del conjunto de la humanidad” (2017, p. 87). Siguiendo a Weil, Esposito postula que eso sagrado del cuerpo es el núcleo de lo impersonal. La categoría de cuerpo como frontera implica un derecho que asume la sacralidad del cuerpo entendido desde lo intersubjetivo, es decir, una carne que somos y que requiere un cuidado determinado

para lograr una buena vida. Esto también lo podemos encontrar en la postura que adopta Jean-Luc Nancy al abordar los cuerpos:

Ha habido cosmos, el mundo de puestos distribuidos, lugares dados por los dioses y a los dioses. Ha habido *res extensa*, cartografía natural de los espacios infinitos y de su amo, el ingeniero conquistador, lugarteniente de los dioses desaparecidos. Ahora viene *mundus corpus*, el mundo como poblamientos proliferantes de los lugares (del) cuerpo [...] este mundo -el nuestro ya- es el mundo de los cuerpos [...] la Presentación y la desgarradura parecen ser las formas reconocidas y por lo demás combinadas del agenciamiento humano [...] es el Mundo de la no generalidad, mundo que no se ofrece a la Humanidad, sino a sus cuerpos singulares. No general, sino mundial (Nancy, 2003, pp. 32-33).

Esta cuestión disruptiva que Nancy denomina *el mundo de los cuerpos* obedece a la consideración de un mundo que ha dejado de ser cosmos, entendiendo por este un mundo dotado de un sentido externo o de un orden completo. Es la desgarradura la que permite el agenciamiento, y nuestra conexión está determinada por una singularidad que nos atraviesa en cuanto cuerpos que se reconocen en su pluralidad y contingencia. Nancy apuesta por estos cuerpos plurales que determinan el sentido desde su condición específica de ser unas fronteras que se atraviesan y a la vez mantienen su lugar, materias que ocupan un lugar y un tiempo y que, al ser cuerpos, tienen la capacidad de atravesar e intervenir, pero también de ser espacio ocupado.

## **Discusión del cuerpo posthumano y la enfermedad: una materia resistente**

Braidotti (2002) y Haraway (1995, 2016) han representado una línea de fuga para la comprensión del cuerpo. Al interpelar sus trabajos sobre la metamorfosis y su apelación a la materialidad podemos usar su pensamiento incluso de manera diferente a la de algunos de sus propios presupuestos. Para pensar la enfermedad, deben retomarse tres perspectivas elaboradas por las filósofas sobre el cuerpo. En primer lugar se encuentran las enfermedades como inscripciones determinadas por la raza, el género y la clase. Excelentes ejemplos

son los del sida (De Moore, 2006), el de las enfermedades de la raza negra a nivel psiquiátrico (Carel & Cooper, 2013), así como el caso del cáncer de mama denunciado por Boyer (2019).

En segundo lugar se presenta la corporalidad enferma como un espacio de enredamiento y de nuevas formas de parentesco, utilizando la expresión de Haraway, que permite entender la vida buena en una visión menos autonomista e incluso menos antropocentrista. Por ende, tal vez sea tiempo de dejar de pensar la muerte de esta forma tan antropocentrada como un asunto únicamente humano, o la enfermedad en una condición excluyente, y tomar la postura epistémica de Haraway que ha demostrado cómo en momentos de gozo y de sufrimiento esta carne que somos se conecta con otras formas de carne que también sufren y gozan. En este caso los trabajos no solamente etológicos, sino también de las ciencias cognitivas, nos pueden dar una mano para entender esta visión posthumana de la enfermedad según la cual todos, en calidad de cuerpos, estamos expuestos, necesitados y en procesos de cuidados.

En tercer lugar se sostiene que el devenir materialista es también un reflexionar profundo sobre la tecnología que deja de lado el oscuro camino de la visión salvadora o apocalíptica del artefacto. El posthumanismo nos permite pensar los cuerpos como fronteras intervenidas y resistentes. Nuestra materialidad está en ese oscilar constante entre estar técnicamente mediados y ver hasta qué punto esta materia puede resistir las intervenciones. Claramente, también en este caso y en una conexión muy en la línea de Blumenberg, asumimos que la técnica y la tecnología no son algo externo a nosotros, sino algo que nos ha formado, y que nuestro cuerpo solo es cuerpo en estos usos: los cuerpos dan vida a las técnicas y las técnicas moldean a los cuerpos.

Para comprender la visión del cuerpo como frontera, observemos dos casos específicos de enfermedades: en un texto etnográfico y en un texto filosófico. El primero es el libro de Polanco Contreras que estudia el caso de las personas que, para sobrevivir, deben someterse a una ostomía. Las posibilidades de sobrevivir de dichas personas están marcadas por un artefacto técnico que, no obstante, limita a la vez sus formas de vida. La necesidad de la ostomía permite vincular

la discusión biopolítica con la posthumana y darnos una visión muy profunda del sentido de una filosofía de la enfermedad, ya que la enfermedad que trata, en su liminalidad, parece afrontar tabúes muy profundos -como el de sacar a la luz lo que debe estar dentro-, con el miedo a que se presente a los otros lo que no se debería mostrar o con la circunstancia de estar enfermo, pero esforzarse para aparentar no estarlo. En su comprensión del sujeto con estoma como un astronauta cotidiano, Polanco Contreras afirma:

El estoma es un ser indisciplinado con vida propia. Algo así como un objeto autónomo que ya no está bajo el control del ostomizado y que hace que la persona con la bolsa unida a su cuerpo se piense a ella misma como poseedora de un secreto frente a los demás. Medida discreta que, aunque la hace lucir de forma natural, no le da total seguridad porque existe un temor al ridículo, a la incompreensión y al estigma, sobre todo cuando se involucra la parte sexual. Además, este pedazo de intestino, de tubería, que cuelga haciendo lo que se le antoje, se presta para interpretaciones inadecuadas, pues los ostomizados empiezan a percibir el estoma como parte de una enfermedad que no se cura (2020, p. 61).

Esta reflexión nos permite ver cómo el cuerpo como frontera implica un cuerpo que solo puede sobrevivir en el riesgo de aprender a manejar un *artefacto* que a la vez condiciona sus posibilidades de exteriorizarse en el mundo. Por supuesto, esta intervención permite que los seres humanos afectados puedan seguir proyectos de buena vida a pesar de las incomodidades y malestares y, por ende, impulsa nuevos sentidos. No obstante, a la vez los limita a fuerza de estar siempre presente, con los riesgos de un accidente o por su calidad de símbolo de un ser extraño. Parece ser que estos sujetos reconstruyen su propia normatividad de vida frente al tabú, al miedo a olores indeseados o a desnudarse y ver afuera lo que debería estar adentro. Esto crea así unas estructuras de buena vida que se dan a pesar del manejo de su condición o gracias a él.

El segundo es el libro *El intruso* de Jean-Luc Nancy, en el que, entre la confesión y el diario, el filósofo aporta una reflexión sobre su experiencia de trasplante de corazón y nos permite acercarnos a esas dudas que el estado de enfermedad hace surgir en cuanto a las condiciones de una buena vida. El cuerpo, según nos muestra

Nancy, es también siempre duda y frontera. Quisiéramos detenernos en dos aspectos de este texto. El primero es la relación entre cuerpo y tecnología: Nancy ve claramente la frontera movable entre el desarrollo técnico y la configuración de algo *natural* entendido como externo a la manipulación. El cuerpo que puede ser salvado, al que se le permitiría una vida, es siempre un cuerpo mediado por los desarrollos tecnológicos:

se produce un cruce entre una contingencia personal y una contingencia en la historia de las técnicas. Antes, yo habría muerto; más adelante, sería por el contrario un sobreviviente. Pero siempre ese yo se encuentra estrechamente aprisionado en un nicho de posibilidades técnicas (Nancy, 2000, p. 15).

Nancy anota lo que ya veníamos anunciando al mencionar el cuerpo como frontera intervenida: la técnica ya está ahí y desde ella se están marcando las posibilidades de una historia personal dentro de un contexto de una historia social que la posibilita. En este sentido, una vida adecuada no está determinada ni por la ausencia de la enfermedad ni por la eliminación de la tecnología en nuestras vidas.

El segundo aspecto muestra que la estrategia médica de reducir la inmunidad es una forma de aceptar esa extranjería pese a todo (2000, p. 32). Dice Nancy: “Estoy abierto cerrado. Hay allí una abertura por la cual pasa un flujo incesante de ajenidad [...] la vida explorada y trasladada a múltiples registros en los que cada uno inscribe otras posibilidades de muerte” (p. 36). La reflexión sobre la ajenidad implicada de suyo en la experiencia de un trasplante de órgano comporta para Nancy un reto epistémico y ontológico con respecto a los límites de la vida y la identidad del sujeto humano vivo, pues tal ajenidad está adentro: “Yo soy porque estoy enfermo (enfermo no es el término exacto: no está infectado, está enmohecido, rígido, bloqueado). Pero el que está jodido es ese otro, mi corazón. A ese corazón, ahora intruso, es preciso extrudirlo” (p. 19). Nancy reflexiona a partir de su trasplante sobre los límites de lo propio y lo ajeno dentro del cuerpo enfermo. Múltiples capas de extranjería se hacen presentes: el primer extranjero es el corazón implantado que viene de afuera; el segundo, el corazón que está

dejando de funcionar y, aunque propio, se hace ajeno, y el tercero, el cuerpo que no reconoce ni responde adecuadamente al corazón nuevo y tampoco al viejo.

El adentro de lo corporal se va complejizando al entenderse que, frente a la enfermedad, las redes que soportan la identidad y que permiten una vida que vale la pena de ser vivida se descubren con más fuerza. Ese yo se vuelve plural, no solo en la escisión interna entre un yo que recuerda los tiempos sanos y el yo que se experimenta con ciertas dificultades para darle la cara al mundo, sino también en el espacio que media entre el corazón que funciona, pero es de otro, y el corazón que es suyo, pero que no quiere funcionar. Por tanto, la pluralidad existe en el reconocimiento de que el yo está determinado por múltiples sujetos e historias que lo cuidan, lo determinan y le permiten la vida, tan lejanos como aquel que dona el corazón o aquel que firma la larga lista de pacientes que posiblemente reciban un órgano.

La vida buena, en el caso de la relación entre enfermarse y poder recuperarse, muestra la lábil y profunda configuración de la intersubjetividad que nos constituye. Una ontología social que se hace evidente en momentos de cuidado en una ajenidad y hospitalidad que se mezclan: “Yo termino/termina por no ser más que un hilo tenue, de dolor en dolor y de ajenidad en ajenidad” (Nancy, 2000, p. 41). También en este punto el cuerpo que estamos discutiendo entre posthumanismo y enfermedad implica profundos dilemas epistémicos que pueden permitir una política que se pregunte por sus propios prejuicios, como afirma Butler:

La materia de los cuerpos puede implicar una pérdida inicial de certeza epistemológica, pero una pérdida de certeza no es lo mismo que el nihilismo político. Por el contrario, esa pérdida bien puede indicar un cambio significativo y prometedor en el pensamiento político. Esta deslocalización de la materia puede entenderse como una manera de abrir nuevas posibilidades, de hacer que los cuerpos importen de otro modo (2018, p. 57).

## Consideraciones finales

Podemos terminar nuestra reflexión con la afirmación de Esposito (2011) según la cual un paradigma de la inmunidad puede ayudar a comprender las dimensiones negativas y positivas de la biopolítica. El filósofo toma esa inmunidad tanto del campo médico como del político. Dentro del proceso del biopoder, toda sociedad intenta protegerse a partir de la creación de algo común desde lo negativo y, cuando la complejidad social produce dificultades ante lo externo que se exacerban, el sentir inmunitario implica aplicar la muerte como única forma de salvar la vida.

En los casos extremos esto llegará a la tanatopolítica como el sistema político determinado por la muerte y desarrollado por un sistema de medicalización. Se trata de una forma de perversión del poder sobre la vida que dispone que ciertos individuos tienen enfermedades que pueden acabar con la posibilidad de la vida de lo común y que, por ende, como práctica de inmunidad la sociedad debe eliminarlos y encerrarlos. Pero, dejando de lado este campo, Esposito plantea la posibilidad de una biopolítica positiva, un poder no sobre la vida, sino de la vida. Surge la pregunta acerca de cómo se manejaría la enfermedad dentro de este contexto. Aunque el filósofo no nos da una respuesta específica sobre el tema, al final de *Bíos*, cuando trata de dar un giro al concepto de la vida, presenta ciertas ideas que podríamos extrapolar para pensar la enfermedad y la posibilidad de una buena vida atravesada por la enfermedad.

Esposito afirma que “norma y vida no pueden presuponerse mutuamente, porque forman parte de una sola dimensión en continuo devenir” (2011, p. 297) y, más adelante:

[...] la norma es la forma esencial que cobra la vida en la expresión de su propio incontenible poder de existir [...] por consiguiente, cualquier forma de existencia, incluso anómala o carencial desde un punto de vista más limitado, tiene igual legitimidad para vivir de acuerdo con sus propias posibilidades en el conjunto de relaciones que está inserta (2011, p. 298).

Por supuesto, Esposito remite al trabajo de Canguilhem como el espacio de apertura a una biopolítica positiva, la cual entiende la

enfermedad desde un ámbito diferente y que, como hemos visto a lo largo de estas páginas, coincide con la forma en que el cuerpo como frontera se entiende atravesado, cuidado y tratando de recobrase. Así, la enfermedad nos revela todas las potencialidades fisiológicas del organismo.

Incluso lo sano se debe ver como una frontera mezclada e intervenida a partir de diferentes estados en los que el sujeto se revela y constituye su mundo acorde a sus posibilidades. La enfermedad nos da la clave para pensar una política *de* la vida y no *sobre* la vida. Es decir, si hasta ahora la biopolítica se ha dado cuenta de que el poder se inscribe en el cuerpo y de que la medicalización de la sociedad genera tanto seres segregados como límites entre lo normal y lo patológico, la filosofía de la enfermedad nos aporta la posibilidad de pensar otras formas de convivir, de estar en la frontera, de dejar de ser tan extranjeros y, aun así, ser completa ajenidad, a partir de la idea de un individuo que vive dentro de sus posibilidades -ya limitadas en diferentes rangos- y que desde ellas se marca a sí mismo una norma de vida.

Esta vulnerabilidad también se conecta con lo incomunicable del dolor (Cardona & Chamorro, 2019): en cuanto es absolutamente particular y pertenece al nivel de la vida más íntima, el dolor parece tener un nivel profundo de incomunicabilidad, cuestión que se evidencia en la limitación del lenguaje para expresar la experiencia dolorosa (Kleinman, 1988; Sontag, 1978). No obstante, también es posible pensar que el dolor permite tejer un tenue e inestable canal de comprensión, ciertos grados de comunicabilidad (Das, 2008), si bien siempre dentro de la incomunicabilidad que implica ser testigo del sujeto enfermo que procura lograr procesos de compensación, es decir, que intenta sobreponerse a la dolencia y lograr una vida floreciente no solo *a pesar de*, sino *con* el dolor. En las discusiones que suscitan estos cuerpos enfermos en torno al ámbito político de la buena vida, Hevra lanza la pregunta particular: “¿Cómo avientas un ladrillo a través de la ventana de un banco si no puedes salir de la cama?” (2020, p. 23). Para poner en situación la necesidad de espacios políticos que retomen estos cuerpos fronterizos, Nancy también lo dice a su manera:

Lo que ya no se puede decir, conviene no dejar de mentarlo. Es preciso no dejar de presionar la palabra, la lengua y el discurso contra ese cuerpo de contacto incierto, intermitente, escondido y que, no obstante, insiste (2016, p. 46).

## **Anexo reflexivo desde el campo**

En el año 2022 invité a una sabedora indígena a la universidad donde trabajo para que hablara con los estudiantes de un semillero de investigación sobre el cuerpo. Uno de los momentos complejos del proceso fue cuando un estudiante que está transitando en su identidad sexual le preguntó a la sabedora qué pensaban en su cultura sobre los homosexuales, a lo cual ella respondió espontáneamente que se les curaba o que ahora se les aceptaba, pero que eso casi no pasaba dado que, en su comunidad, no se dejan afectar por tales enfermedades gracias a un estricto régimen de salud corporal y reproductiva.

Por otro lado, los estudiantes resultaron muy motivados a entender cómo la pintura o el tabaco podrían curar y ser la clave de las formas de paso de lo enfermo a lo sano. En ese momento vi la ambigüedad de la discusión: por un lado, una ofensa compleja y difícil de manejar por la patologización de ciertas identidades que dentro de la universidad ya aceptamos; por otro lado, la aceptación de aquello que parece cercano a un regreso a la naturaleza. Posteriormente, hablando con algunos de los estudiantes del semillero, la cuestión se hizo compleja: ¿quién debía decir a quién qué es la sociedad enferma?, ¿cómo poder reparar las formas de comunicación entre cosmovisiones diferentes dentro de un diálogo multicultural sobre estos cuerpos fronterizos que somos? Pensar la vida buena desde Latinoamérica es la apertura al diálogo, que también siempre implica complejidades dialogales sobre lo que consideramos salud y enfermedad 

## **Agradecimientos:**

Agradezco a las diferentes instancias en donde pude dar a conocer las versiones preliminares de esta idea de cuerpo como frontera y la necesidad de pensar políticamente el lugar de la enfermedad

en un análisis de la buena vida; a los comentarios del grupo de investigación *Hermenéutica naturalizada y teorías de la enfermedad* en dos congresos (Colombia, 2022; Brasil, 2023); a las conversaciones sobre la enfermedad en la Antigüedad y sobre el pensamiento de Nancy sostenidas durante el *Collegium Phenomenologicum* en Italia, en el verano de 2023; a los encuentros semanales del grupo de estudios del dolor liderados por Fernando Cardona de la Pontificia Universidad Javeriana. A todos estos eventos pude asistir gracias a la financiación a la investigación de la Universidad Industrial de Santander. Finalmente, agradezco las lecturas de los pares ciegos que permitieron afinar aún más mis lecturas.

## Referencias

- Aho, J., & Aho, K. (2009). *Body Matters. A Phenomenology of Sickness, Disease, and Illness*. Lexington Books.
- Aho, K. (2019). *Contexts of Suffering. A Heideggerian Approach to Psychopathology (New Heidegger Research)*. Rowman & Littlefield.
- Anzaldúa, G. (2009) Disability and identity. En A. L. Keating (Ed.), *The Gloria Anzaldúa Reader* (pp. 298-302). Duke University Press.
- Anzaldúa, G. (2016). *Borderlands. La frontera* (C. Valle, Trad.). Capitán Swing.
- Aristóteles. (1985). *Ética a Nicómaco* (J. Pallí Bonet, Trad.). Gredos.
- Aristóteles. (2018). *Metafísica* (V. García Yebra, Trad.). Gredos.
- Asch, A. (2004). Critical Race Theory, Feminism, and Disability: Reflections on Social Justice and Personal Identity. En A. Smith & S. Hutchison (Eds.), *Gendering Disability* (pp. 9-44). Rutgers University Press.
- Binder, P. E. (2022). Suffering a Healthy Life-On the Existential Dimension of Health. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.803792>.
- Blumenberg, H. (2011). *Descripción del ser humano* (G. Mársico, Trad.). FCE.
- Boyer, A. (2019). *The Undying. A Meditation on Modern Illness*. Farrar, Straus and Giroux.

- Braidotti, R. (2002). *Metamorfosis. Hacia una teoría del devenir* (A. Varela Mateos, Trad.). Akal.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea* (M. J. Viejo Pérez, Trad.). Paidós.
- Butler, J. (2018 [2004]). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia* (F. Rodríguez, Trad.). Paidós.
- Canguilhem, G. (2015 [1966]). *Lo normal y lo patológico* (8.ª ed., R. Potschart, Trad.). Siglo Veintiuno.
- Cardona Suárez, L. F. (2015). La experiencia del sufrimiento y la medicina mentis. Desde el Jardín de Freud. *Revista de Psicoanálisis*, (15), 191-203. <https://doi.org/10.15446/dfj.n15.50523>.
- Cardona Suárez, L. F., & Chamorro Muñoz, A. N. (2019). Krankheit als existenzielle Erfahrung. En E. Frick & L. Maidl (Eds.), *Spirituelle Erfahrung in philosophischer Perspektive* (pp. 3-16). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110638066-002>.
- Carel, H. (2013). *Illness. The Cry of the Flesh*. Routledge.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.
- Carel, H., & Cooper, R. (2013). *Health, Illness and Disease. Philosophical Essays*. Routledge.
- Casper, M. J., & Morre, L. A. (2009). *Missing Bodies. The Politics of Visibility*. New York University Press.
- Chamorro Muñoz, A. N. (2020). Curar y enfermar: apuntes sobre la filosofía de la enfermedad. *Revista Filosofía UIS*, 19(2), 11-20. <https://doi.org/10.18273/revfil.v19n2-2020001>.
- Chamorro Muñoz, A. N., Suárez Ortiz, G. y Unger Parra, B. (2021). Morir dos veces: injusticia epistémica e identidad de género en Colombia. *Universitas Philosophica*, 38(77), 15-41. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph38-77.ieig>.
- Dahl, E., Falke, C., & Eriksen, T. (2019). Introduction. En E. Dahl, C. Falkey & T. Eriksen (Eds.), *Phenomenology of the Broken Body* (pp. 1-9). Routledge.
- Das, V. (2008). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (F. A. Ortega, Ed.). Lecturas CES.

- De Moore, K. (2006). Diseased Pariahs and Difficult Patients: Humour and Sick Role Subversions in Queer HIV/AIDS Narratives. *Cultural Studies*, 19(6), 736-754. <https://doi.org/10.1080/09502380500365705>.
- Eriksen, T. (2019). The Living Body Beyond Scientific Certainty. Brokenness, Uncanniness, Affectedness. En E. Dahl, C. Falkey & T. Eriksen (Eds.), *Phenomenology of the Broken Body* (pp. 101-118). Routledge.
- Esposito, R. (2011). *Bíos. Biopolítica y filosofía* (C. R. Molinari, Trad.). Amorrortu.
- Esposito, R. (2017). *Personas, cosas y cuerpos* (A. Jiménez, Trad.). Trotta.
- Foucault, M. (1981 [1964]). *Historia de la locura en la época clásica* (vols. 1-2; J. J. Utrilla, Trad.). FCE.
- Foucault, M. (2002). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)* (M. Bertani y A. Fontana, Eds.). FCE.
- Foucault, M. (2012 [1963]). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (F. Perujo, Trad.). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2017). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)* (2.ª ed., V. Marchetti y A. Salomoni, Eds., H. Pons, Trad.). FCE.
- Frankl, V. E. (2009 [1984]). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia* (Diorki Trads.). Herder.
- Gadamer, H. (2001 [1993]). *El estado oculto de la salud* (N. Machain, Trad.). Gedisa.
- Haraway, D. J. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza* (M. Talens, Trad., pp. 313-346). Cátedra.
- Haraway, D. J. (2016). *Staying with the Trouble. Making Kin in the Chthulucene*. Duke University Press.
- Hedva, J. (2020). *Teoría de la mujer enferma* (2.ª ed.). Zineditorial.
- Heidegger, M. (1997 [1927]). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, Trad.). Editorial Universitaria.

- Heidegger, M. (2013). *Seminarios de Zollikon* (M. Boss, Ed., Á. Xolocotzi Yáñez, Trad.). Herder.
- Kafer, A. (2013). *Feminist, Queer, Crip*. Indiana University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books.
- Nancy, J.-L. (2000). *El intruso* (M. Martínez, Trad.). Amorrortu.
- Nancy, J.-L. (2003). *Corpus* (P. Bulnes, Trad.). Arena Libros.
- Pelluchon, C. (2009). *La autonomía quebrada. Bioética y filosofía* (A. Marín Pineda, Trad.). Universidad El Bosque.
- Polanco Contreras, J. A. (2020). *Antropología del astronauta cotidiano*. Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.
- Ros Velasco, J. (2021). *Suicide in Modern Literature. Social Causes, Existential Reasons, and Prevention Strategies*. Springer.
- Ros Velasco, J. (Ed.). (2020). *The Culture of Boredom (Critical Studies)*. Brill Rodopi.
- Ros Velasco, J. (Ed.). (2020). *The Faces of Depression in Literature*. Peter Lang.
- Sanz, M. (2021). *La emancipación de los cuerpos. Teoremas críticos sobre la enfermedad*. Akal.
- Sontag, S. (1978). *Illness as Metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.
- Torre, J. (2011). *Mujer, mujeres y bioética*. Comillas.
- Valls, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing.
- Vigarello, G. (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días* (A. Martínez Amoretti y T. Richelet, Trads.). Abada.
- Weizsäcker, V. (2005). *Patosofía* (D. Bush, Trad.). Libros del Zorzal.
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body. Feminist Philosophical Reflections on Disability*. Routledge.
- Young, I. M. (1990). *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist and Social Theory*. Indiana University Press.