

Fenomenología

Cuerpo, cultura y vulnerabilidad en la sociedad contemporánea: estudio de caso de un trasplante hepático

Corpo, cultura e vulnerabilidade na sociedade contemporânea: um estudo de caso de transplante de fígado

FBody, culture and vulnerability in contemporary society: a case study of liver transplantation

Jordi Planella Ribera

Catedrático de Pedagogía Social en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC, Barcelona). Coordinador del grupo de investigación Laboratorio de Educación Social (UOC).

Cómo citar este artículo en edición digital: Planella Ribera, J. (2016). Cuerpo, cultura y vulnerabilidad en la sociedad contemporánea: estudio de caso de un trasplante hepático. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 20(45). Disponible en: < <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.02>>

Correspondencia: Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación (UOC). Rambla del Poblenou, 156. CP 08018 Barcelona. Correo electrónico: jplanella@uoc.edu

Recibido: 11/12//2015; Aceptado: 06/04/2016



ABSTRACT

In this article the reflections related to the body and human vulnerability from a case study of living donor liver transplantation are discussed. The receiving liver is the mother of the author of the work and the donor's brother. This is part of a methodological approach that can be designated as family ethnography. Beyond a biomedical perspective of the pro-

cess, it has interesting exploring the symbolic dimensions of bodies from the point of view of subjectivity. The patient is understood, not as someone passive but as someone who makes decisions about his life, about his body.

Keywords: Body phenomenology, symbolic body, solidarity, transplant

RESUMO

Neste artigo são discutidas as reflexões relacionadas ao corpo e vulnerabilidade humana a partir de um estudo de caso do transplante hepático intervivos. O fígado recebe é a mãe do autor da obra e irmão do doador. Isso faz parte de uma abordagem metodológica que pode ser designado como etnografia família. Além de uma perspectiva biomédica do processo, tem interessante explorar as dimensões simbólicas de corpos a partir do ponto de vista da subjetividade. O paciente é entendida, não como alguém passivo, mas como alguém que

toma decisões sobre sua vida, sobre seu corpo.

Palavras-chave: Fenomenologia do corpo, corpo simbólico, solidariedade, transplante

RESUMEN

En el presente artículo se exponen las reflexiones vinculadas al cuerpo y a la vulnerabilidad del ser humano a partir del estudio de caso de un trasplante hepático con donante vivo. La receptora del hígado es la madre del autor del trabajo y el donante el hermano. Todo ello forma parte de un acercamiento metodológico que podemos designar como etnografía familiar. Más allá de una perspectiva biomédica del proceso, ha interesante explorar las dimensiones simbólicas del cuerpos desde el punto de vista de la subjetividad. Se entiende al paciente, no como alguien pasivo sino como alguien que toma decisiones sobre su vida, sobre su cuerpo.

Palabras clave: Fenomenología del cuerpo, cuerpo simbólico, solidariedad, transplante.

INTRODUCCIÓN

Parece evidente que el cuerpo, cualquier cuerpo, se ha convertido en uno de los ejes centrales de las ciencias sociales, pero también de otros campos del saber como las ciencias de la salud. Es así como desde múltiples perspectivas el cuerpo aparece, se hace presente y nos recuerda su existencia. Pero a pesar de ello, algunos cuerpos tienen más presencia que otros, algunos cuerpos se comunican (corpografían) más que otros. Es de particular interés poder rescatar a “esos otros cuerpos” que en demasiadas ocasiones permanecen arrinconados de los discursos dominantes o bien son silenciados por los patrones corporales hegemónicos. Podemos preguntarnos si son cuerpos que no interesan o si interesa que sean cuerpos otros,

cuerpos débiles, cuerpos distintos, vulnerables. Porque, para que existan cuerpos de éxito (fuertes, ágiles, “normales”, bellos, etc.) deben existir los otros cuerpos (así le gusta a nuestra sociedad constituir-se de forma dicotómica y absurda). De lo que voy a hablar en este trabajo es de esta experiencia corporal distinta que atravesó la vida de mi familia y de cómo poder pensar este otro cuerpo más allá de la carne, de las órganos y de las anatomías.

DESARROLLO DEL TEMA

El cuerpo trasplantado: imaginarios y sueños sobre el cuerpo

El imaginario social del cuerpo introdujo ya la idea de los trasplantes en la Edad Media y a través de curiosas fluctuaciones ha llegado hasta nuestros días. No se trata de algo que a inicios del siglo XXI esté totalmente resuelto, sino todo lo contrario, creo que nos queda mucho camino por recorrer. Los imaginarios sobre el trasplante siguen circulando y se generan y regeneran día a día, dando lugar a determinadas mitologías que los arropan haciéndolos crecer. Y ello pese a que España sigue siendo uno de los núcleos geográficos más activos en donaciones de órganos de todo el mundo. Fruto de ello aparece mi interés por el cuerpo, y en especial por el “cuerpo trasplantado”. Mientras trabajaba en este proyecto colgué en la cartelera de mi despacho de la Facultad dos fotografías con las cicatrices de donante y receptor del trasplante hepático (que son las que acompañan el presente trabajo). Las reacciones frente a dichas imágenes (los imaginarios de los que hablaba) eran muy claras: rechazo justo a estas dos imágenes. La enfermedad, que alguien se atrevió a definir como “ausencia de salud”, aparece, arremete, hace mella allí donde menos nos lo esperamos. Para Gadamer se trata que la en-

fermedad hace presente en nosotros al cuerpo, nuestro cuerpo enfermo y a veces maldito, que de forma habitual pasa del todo inadvertido (1996). También nos lo recordaba poco antes de morir Harold Brodke en su libro *Esta salvaje oscuridad*: “La realidad del SIDA como fatalidad compleja (y total) produce en el paciente una suerte de distante asombro ante el médico. Si uno es humano ¿qué hace al verse enfrentado con la profunda humillación de la derrota?”. Es así que el cuerpo, fracturado o como derrota no es asumible a través de la vía racional; hace falta que nos adentremos en nuestras propias sensaciones para conocerlo de forma más precisa, de forma encarnada. En este sentido son válidas las palabras del filósofo español, Emilio Lledó para seguir pensando el cuerpo. Para éste, se trata de “una anatomía terminológica y semántica donde el paisaje lingüístico que disecciona nos enseña el sentido, el pensamiento, los valores que han ido descubriendo al tocar, herir y sanar el cuerpo entregado del paciente, el cuerpo sin dolor ya, puesto en sus manos” (2003: 13). Es cierta esa dimensión lingüística del cuerpo, que le permite arrancarse esa mirada unidireccional que lo sitúa en el plano anatómico y lo permite subjetivarse.



Cicatriz en la receptora



Cicatriz en el donante

Desde el mito de Frankenstein (con la búsqueda de la suma de órganos para crear y recrear una subjetividad corporal distinta) hasta

el cuerpo *cyborg* (con la constitución protésica de una realidad tecnológica aparente) imaginamos y soñamos “los otros cuerpos”; los órganos “en los cuerpos”, los objetos corporales y los desbordamientos carnales. Las fronteras y los límites de lo que fue la anatomía vesálica (de Vesalio) se han desplomado y han conseguido ser traspasados por las manos precisas, expertas y milagrosas del cirujano. Y es justamente en ese punto donde se mezclan las epistemologías médicas con los deseos del cuerpo enfermo, con su necesidad de subjetivar más allá de una categoría asignada, de antemano, bajo el nombre de paciente (o de alguien que pacientemente resiste en una lista de espera). Vale la pena darse cuenta de la idea que el paciente no debe ser interpretado como “carne pura”, como un cuerpo sobre el cual las instituciones médicas van a intervenir. Un paciente del cual se esperan actitudes de paciencia y posiciones de pasividad (mental y corporal), pero frente a las cuales muchos “pacientes” se resisten intentando escapar a dicha posición/categoría y se convierten en sujetos activos de su enfermedad y del cuidado de la misma. Son productores de saberes profanos sobre sus cuerpos y sobre la vivencia de la enfermedad. Contrariamente a esta perspectiva, comparto con el filósofo norteamericano, Sokolowski, cuando nos dice que la persona “era alguien con estatus legal, un hombre libre y no un esclavo, o un ser humano reconocido legalmente en oposición a una cosa” (2013: 19).

Alrededor de esta cuestión aparecen sante-rías e imaginarios corporales sobre un órgano que crece y decrece, que puede ser extirpado (en parte) y que se regenera. No puedo dejar de sorprenderme al escuchar las capacidades de regeneración del órgano hepático. ¿Por qué?. Vamos a dejar la respuesta biomédica, para afrontar la perspectiva antropológica.

La extirpación de hasta el 60% del hígado del donante vivo (y la permanencia en su cavidad del 40% restante) es lo que posibilita algunos de los procesos clave del THCDV (Trasplante Hepático Con Donante Vivo). La precisión de la mano es la justa medida de toda posibilidad quirúrgica en el sentido de lo que Aristóteles nos proponía en *De partibus animalium*, IV, 687a 8-9: “El hombre piensa porqué tiene manos”. La mano educada, entrenada, experimentada, precisa y tecnicada del cirujano que corta el hígado de un ser vivo para implantarlo en otro, nos permite pensar el cuerpo desde las mitologías médicas. Y nos permite pensar el cuerpo para soñarlo de nuevo, despacio, reformularlo en una clave que ahora hemos construido distintamente.

La re-construcción del cuerpo (de la vida y de la subjetividad en general) es posible gracias a categorías y situaciones como “muerte cerebral”, que permiten el uso de órganos de ese cuerpo “traspasado” o a punto de hacerlo, para regenerar la vida de otros sujetos. La actividad de “insuflar más vida a otro cuerpo”, morir y donar los órganos, dejarse extirpar para dejar vivir a otros, es fuente de imágenes inéditas para la humanidad. Pero el imaginario del cuerpo no quiere, ni puede pararse; crece y lo seguirá haciendo mientras la ciencia avance para ofrecer “calidad de vida” allí donde arremeten el dolor y el sufrimiento.

Cuerpo, medicina y hospitales

Las tecnologías han servido para revolucionar la práctica médica actual y guiarla por caminos que hasta hace pocos años eran totalmente inimaginables (más allá de las novelas o las películas de ciencia ficción). De los textos galénicos que nos hablaban de la relación médico-paciente hasta la práctica médica actual hemos asistido a un gran recorrido,



no siempre ni hacia delante ni en la dirección más correcta, pero si con la intención de ofrecer formas más “humanas” de paliar los sufrimientos del “cuerpo herido”. Mi objetivo no es otro que el de situar el cuerpo, la medicina y los hospitales en la sociedad del conocimiento, con vistas a entender el entramado social, antropológico y tecnológico, que nos permitirá hablar de las intervenciones en los cuerpos de los pacientes.

Los cambios que tienen lugar en la sociedad del conocimiento afectan directamente a la salud y a determinadas prácticas del “cuidado del cuerpo”. Para entender esos cambios es necesario situar el papel de las nuevas tecnologías en las prácticas médicas que permiten, entre otros resultados, intervenciones y curaciones hasta el momento absolutamente impensables. Es lo que en palabras de Barona puede denominarse “el laboratorio y el análisis del cuerpo” (2004: 108). Para él se trata que “el paulatino desarrollo de la que se ha denominado medicina de laboratorio provocó una clara separación en la consideración del paciente como ser social y el paciente como organismo biológico sano o enfermo” (2004: 108). Esa división, con todo el análisis antropológico que queramos darle, también ha servido para poder avanzar en la investigación médica de laboratorio y desarrollar así, lo

que nosotros denominamos como “milagro-sidad tecnológica”, o si se quiere “tecnológi-as biomédicas de la esperanza”. La lectura de las tecnologías biomédicas puede presentar muchas dimensiones que se fusionan en la recepción de los imaginarios tecnológicos en tecnofóbias, tecnofilias y tecnomoderaciones. Lo que realmente me interesa resaltar, no son estas dimensiones, sino sus posibilidades reales: con el avance tecnológico (por ejemplo las tecnologías quirúrgicas que posibilitan la producción de trasplantes hepáticos con donante vivo) es posible cambiar el curso de la vida de determinados “cuerpos enfermos”, cuerpos que encarnan determinadas enfermedades y orientados a una muerte más o menos rápida.

Y de hecho, cualquier retrospectiva de la práctica médica no puede realizarse al margen del análisis de la incorporación y del uso de la tecnología en la praxis médica. En palabras de Leibson: “El cuerpo es, cada vez más, un objeto de las técnicas biomédicas que operan en el mercado. Desde la ingeniería hasta las tecnologías para obtener una vida sana, pasando por el imperio de los neurotransmisores, quizás nunca antes se le ha prestado tanta atención” (2000).

El cuerpo, más allá o a pesar del sujeto (aunque en realidad esa es una separación imposible o irreal) puede ser troceado, separado, marcado, operado, trasplantado, transformado, reformulado, etc. para producir en él (y en el sujeto que lo habita y le da consistencia y subsistencia) efectos bioéticos de índole no maléfica, autónoma, benéfica y justa. Los efectos positivos sobre el cuerpo pueden merecer esa separación —que insisto puede darse en determinados casos en sujetos activos en la práctica médica— que a la larga terminarán por beneficiar necesariamente al paciente. Pero en realidad, las nuevas tecnologías pue-

den tener muchas lecturas y alguna de ellas puede darse desde su dimensión negativa. ¿Son necesarias siempre hasta puntos extremos? ¿Debemos mantener la vida a pesar de todo? ¿El sufrimiento biotecnológico es ético? Se trata de cuestiones abiertas sobre los límites y posibilidades de una medicina atravesada ya, por un saber médico biotecnologizado. Y en realidad no podemos perder de vista lo que nos propone Vanhooymissen: “Ogni malattia, infatti, per quanto leggera, non colpisce solo un corpo malato, un corpo oggetto, ma coinvolge la persona nel suo organismo, nella sua psiche, nelle sue relazioni, nel suo essere stesso.” (2014:6).

El Hospital aparece como una de las míticas instituciones de la contemporaneidad. Está allí, en el centro de la polis o apartado de ella, esperando nuestra llegada y la intervención y sanación de nuestros cuerpos. Para Bolufer “el cuerpo resultó ser así uno de los lugares donde de forma más poderosa se construían y se combatían las nociones culturales sobre orden social, y la Medicina el discurso que se pretendió más autorizado, con la revolución epistemológica de la modernidad” (1999). Esta mirada de la medicina tendrá un claro objetivo: elaborar un discurso higienista y empezar a aplicarlo a toda la sociedad. El mantenimiento de un conjunto de conductas higiénicas ayudará a mantener y regular el orden social.

Pero a pesar de ello, el Hospital toma vida propia, empieza a latir y pensar, a anhelarnos como sujetos habitantes o visitantes de sus plantas, pasillos y rincones. Si me refiero a las topografías del cuerpo en el hospital, no puedo pasar por alto los múltiples espacios que nos acogen y rechazan: fríos y cálidos, llenos y vacíos, permitidos y prohibidos. Están allí para uso y disfrute de los cuerpos. Pero el hos-

pital termina siendo un lugar de sacralización de la práctica hospitalaria. En palabras de Comelles: “Es posible documentar etnográfica e históricamente roles fuertemente diferenciados encargados del complejo asistencial. No siempre delimitan espacios para su práctica al margen del doméstico –el más universal de todos-, y pocas son las sociedades que los diferencian arquitectónicamente: tiendas o puestos que venden remedios o en las que se practica la cirugía; santuarios y espacios sagrados en los que se desarrollan prácticas o rituales mágicos, adivinatorios o terapéuticos, o instituciones civiles de atención o cuidado, de adivinación y terapéuticas” (1995: 179). El Hospital y toda su complejidad se despliega en formas, apropiaciones de roles y espacios, salud y enfermedad, batas blancas y camisones, para ordenar la vida que late entre sus muros.

Dice irónicamente Ceronetti que la medicina es tradicionalmente una disciplina filosófica que puede estudiarse como se quiera, incluso asistiendo a las facultades de Medicina, pero que nadie nos quite la libertad de abrir en soledad el cráneo, el corazón y el vientre del hombre, de leer los hilos que lo ligan al cielo y a las sociedades ctónicas, de sanarnos o de dejarnos morir, para sanar de la vida solos (2006: 9). Laín Entralgo, Pera, Canguilhem, Bermejo y muchos otros han transitado por estas formas tan antiguas de relacionarse con “el paciente”, más allá de su capacidad de resistir con “paciencia” a las intervenciones sobre su cuerpo, sobre sus órganos, tal vez sobre su persona. Los riesgos de la praxis médica en las sociedades complejas, pueden darse en la construcción de una relación a distancia, fría, mecanizada, articulada a través de objetos que sacan a luz formas de diagnosticar basadas en lo objetual. Para Pera se trata que “todas estas tecnologías diagnósticas mediante imágenes

ejercen hoy una enorme influencia en todos los campos de la biomedicina, de la que se han convertido en uno de sus fundamentos (...) La telemedicina implica, en su sentido más amplio, el uso de la moderna tecnología de la telecomunicación con objetivos diagnósticos, terapéuticos y de monitorización de constantes fisiológicas, cuando la distancia física aleja a los presuntos pacientes de sus médicos” (2006).

Creo que es justamente el compartir la vinculación corporal de las relaciones humanas (entre médico y paciente) fundadas en el aprendizaje del dolor, en el caos de la salud y la enfermedad, lo que confiere a dicha práctica como algo auténtico y real. La subjetividad del “paciente” en el hospital, la transgresión de los límites del hospital moderno y las formas de resistencia a la misma “institución hospitalaria” dan sentido a las vidas marcadas por el dolor y la paciencia, y los deambulares por espacios y territorios médicos (casi siempre insípidos, desinfectados de los olores de la vida). Una vida que puede llegar a ser vivida con plena autonomía moral.

Narrativas del cuerpo vulnerable

La experiencia de Robert Murphy sobre su proceso de enfermedad y la posterior situación de discapacidad es un claro reflejo de la concepción de la autoetnografía como “forma política personal”. Se trata, más en concreto, de las vivencias de un antropólogo que sufre tetraplegia y narra –desde un punto de vista antropológico-, dicha situación. Tal y como nos cuenta “Mientras mi estado se ha ido deteriorando, he llegado a considerar mi cuerpo cada vez más como un sistema defectuoso de mantenimiento de la vida, cuya única función es sostener mi cabeza ... El cuerpo del tetrapléjico ya no puede hablar un lenguaje mudo

expresando emociones o conceptos demasiado huidizos para el habla normal, ya que se han roto los delicados circuitos de retroalimentación entre el pensamiento y la acción. La proximidad, los gestos y el entorno corporal han enmudecido, y la capacidad del cuerpo para expresar el pensamiento se ha silenciado” (1987: 101).

Pero ni es el único ni el más conocido. Existen determinadas narraciones que hablan del cuerpo que lo convierten en el eje central de su discurso. Sin el cuerpo no tiene sentido su escritura. Desde la antigüedad han existido estas narraciones, muchas veces ligadas a temas religiosos. Desde narraciones que hablan de milagros (ejemplos de ellos son las “curaciones” de cuerpos en Lourdes o Fátima) hasta las historias de las reliquias de santos que con el paso del tiempo sus cuerpos no se descomponen.

A parte de las relaciones de la metáfora del cuerpo como elemento discursivo, es necesario situar las historias narradas por personas que tienen alguna relación “especial” con su cuerpo. Son relevantes las historias narradas por personas con discapacidad física. Entre muchas hemos escogido tres narraciones corporales de la discapacidad. La primera es el libro escrito por Alexandre Jollien *Elogio de la debilidad*. El autor narra su vida, hasta los 25 años, y expone, a través de un diálogo con Sócrates algunas percepciones de su cuerpo. La segunda narración que nos aproxima a la discursividad y la corporeidad es el trabajo de Marta Allué *DisCapacidades* (2003). Allué es una antropóloga especializada en rituales fu-

nerarios que en 1993 sufrió un accidente fruto del cual se quemó una parte importante de su cuerpo. Desde entonces ha estado trabajando en la línea de la antropología de la discapacidad, dónde el cuerpo es uno de los ejes centrales¹.

También es relevante un trabajo recientemente editado dónde Rubén Gallego narra su vida en orfanatos e internados de la URSS, después de haber sufrido una parálisis debida a complicaciones en el parto. Narra lo siguiente en relación con su cuerpo: “lo primero es bajar de la cama. Hay un modo de hacerlo; se me ha ocurrido a mí. Sencillamente me deslizo hasta el borde de la cama, me doy la vuelta hasta quedar sobre la espalda y me dejo caer. Tras la caída llega el golpe. Y el dolor” (2003:13).

La lectura del cuerpo como elemento discursivo ha sido uno de los temas que hemos trabajado en diferentes ocasiones. El silencio de la cultura y de la sociedad lleva a algunas personas a usar el cuerpo como base de su discurso. En un primer trabajo sobre la inscripción y los cuerpos, titulamos uno de los apartados: cuerpos escritos, cuerpos tatuados. Allí afirmábamos que inscribir el cuerpo es darle vida, hacerlo pasar de un estado meramente anatómico y callado, a un estado social y comunicante. La conexión entre el cuerpo y el discurso puede poseer esta doble vertiente que hemos expuesto: personas que necesitan escribir las vivencias de su cuerpo y personas que necesitan escribir en su cuerpo para hacerse sentir.

¹ Algunos de sus trabajos son: (1996) *Perder la piel* (dónde trabaja narrativamente su experiencia del accidente, la recuperación de las quemaduras, la reconstrucción de la su propia historia); (2001) *Temporalmente válidos: una etnografía sobre el entorno de la discapacidad* (se trata de su tesis doctoral en la que estudia 25 historias de vida de personas con discapacidad); (2003) “El sexo también existe” (un capítulo de un libro dedicado a las sexualidades no normativas y a su control social).

Geografías del hospital: itinerarios de los cuerpos trasplantados

El despliegue hospitalario trasluce una posibilidad de existencia entre sus entrañas. Entre batas, oxígeno, olor a un limpio etéreo, camillas y silencios, el cuerpo trasplantado construye sus espacios y geografías de vida. Ya dije que mi madre describía sus episodios móviles como un “pasearse por la Rambla del Hospital”. Es en el ir-y-venir que el cuerpo subjetiviza su estado/estadio en el contacto con los otros cuerpos, con cuerpos que han sido trasplantados o extirpados, pero cuerpos al fin y al cabo que habitan las entrañas del hospital. Lo dice con claridad Dovigo: “Analogamente ad altre istituzioni social complesse, nell’ospedale convivono (e a volte confliggono) una pluralità di mondi differenti, che corrispondono ad altrettante rappresentazioni della malattia e del suo significato” (2009: 11). El hospital es la vida misma concentrada entre sus muros, hecha de *ires-y-venires* de múltiples subjetividades que se desplazan, viven y conviven en sus entrañas.

Itinerario 1-A: caminos que llevan al quirófano

No estamos equivocados si hablamos de los recorridos del cuerpo en el hospital y si lo hacemos empezando por lo que designamos como movimiento involuntario. También nos habla de ello Moss: “el espacio vivido respecto a un cuerpo que se disponen a realizar posibles acciones como si fuera una red organizada de rutas, caminos y obstáculos a esas acciones, como un espacio humano lleno de oasis acogedores y peligros a sortear; de escenarios familiares y territorio extranjero; y de puntos de salida y de destino” (1978:85). El cuerpo debe ejercitarse en la reapropiación del espacio, ya sea de forma física o simbólica. El movimiento involuntario es aquel que es ordenado por el

médico, y lo ejecuta un auxiliar, un camillero o el propio enfermo. Ejemplo de ello es el bajar de la habitación de la planta 3.9 hasta el quirófano (que se encuentra en la planta de entrada al hospital) para ser operado, y el camino de regreso. En el regreso es obligatoria la parada en la UCI, dónde en pocos días el cuerpo se recupera de la operación.

Se trata de geografías y caminos que se realizan y recorren en silencio, en una especie de inconciencia total. La pasividad del paciente es la referencia, el uso y a veces el abuso. No se espera de él actividad alguna que el ser trasladado (que no paseado) de su habitación hasta alguna de las salas para poder realizarle alguna prueba médica que dé cuenta y razón de su estado, de su evolución (una ecografía, un TAC, la propia operación de trasplante, etc.). Este planteamiento tiene relación con lo que dice Ángel Martínez al hablar de la carrera del enfermo: “La etapa de paciente se inicia con esta etapa de expropiación. Desposeído de sus pertenencias simbólicas más preciadas y de su identidad y de su identidad, el paciente debe adaptarse a un orden institucional y a una lógica de premio-castigo materializada en una disposición de salas, en donde el *nivel mejor* incluirá ventajas como relaciones inofensivas con el personal o libertad bajo palabra dentro o en los alrededores del hospital, y el *peor* bancos de madera y la comida *menos apetitosa posible*” (2008: 142). Es así y de ésta forma se estructura la jerarquía de los desplazamientos médicos.

Itinerario 1. B: viajes por la habitación

Fuera de la UCI la movilidad es todavía muy reducida, casi limitándose al espacio que la habitación permite. Vueltas y más vueltas en la cama con sabor a dolor, a algo que aunque nos da vida, duele. Primeros pasos que



es como aprender de nuevo a caminar, y que nos llevan hasta la silla o butaca de la tenue habitación 49 de la planta 3.9 del hospital. Pasados unos días, el desplazamiento tal vez nos permita adentrarnos en el reino de la planta, sin poder salir –al principio- de ella. La liminalidad de los espacios y del cuerpo se diluye con las horas.

El pequeño espacio de la habitación debe acoger a dos pacientes, y a sus familiares. Algunos de estos se convierten en cohabitantes de la habitación y en sujetos itinerantes de los espacios libres y abiertos del hospital. Lo más representativo, curioso y espectacular es la capacidad de admisión de la habitación del Hospital. A veces entraban (en nuestra y en otras habitaciones) visitas y más visitas, y profesionales y más profesionales. De forma más o menos natural se distribuyen y organizan dichos espacios.

Itineario 1. C: Itinerarios de esperanza.

La recuperación pos-trasplante es casi milagrosa en donante y receptor. Después de ella, los itinerarios de ambos, aunque diferentes, siguen caminos muy parecidos. La planta 3 permite hacer un largo recorrido que toma la forma de U. Ir de una parte a otra sirve para

muchas finalidades (matar el tiempo, hacer ejercicio, socializar, etc.), todas válidas en función del momento y del estado de ánimo.

Se trata de momentos de esperanza aunque el trasplantado deba transportar una bolsa donde se recogen los líquidos producidos por el órgano hepático. Su espectacularidad (he conocido a quien se ha ido con ella –de forma bien visible- en transporte público) no frena para nada el deambular. Caminar, con o sin artefactos colgados injertados en el cuerpo, es una necesidad vital, el ejercicio por antonomasia de resistencia al rol de paciente hospitalario. Las paradas del recorrido, casi son obligatorias: UCI de la planta 3, esquina de ascensores, bancos del ala norte, conversaciones con conocidos que requieren que nos detengamos, etc.

Más adelante los caminos nos pueden llevar hacia la planta de entrada al hospital, donde el movimiento de entrar y salir, subir y bajar, desplazarse de norte a sur y al revés, es mucho más grande. La posibilidad de salir al patio o a la terraza ofrece una nueva dimensión de la vida de convalecencia en el hospital.

Itinerarios de regreso

Llega el día y el paciente trasplantado debe irse a casa. En nuestro caso fue rápido y no llegamos a un mes de ingreso en la 3-9. Pero irse a casa comportaba, a ojos nuestros, miles de peligros y hazañas. Previamente era necesario recoger y repasar un largo listado de medicamentos que debían acompañar el lento proceso de recuperación en el hogar. Aunque la salida del hospital representa una inyección brutal de positividad para el proceso de recuperación, la salida misma del hospital representa también su regreso. Pequeños problemas, estipulados como efectos secundarios del trasplante van a hacer presencia en

el cuerpo. Dificultades con el drenaje, rechazo del órgano, escozores insoportables en la piel, dificultades en la visión, serán elementos que acompañarán el camino de retorno.

Pero moverse y trazar geografías en el contexto hospitalario, son el primer síntoma de una Bio-Grafía reactivada.

El don: un ciclo de dar y recibir la vida

Los cirujanos cortan la carne con precisión, deslizándose suavemente el bisturí. Pero la mirada socio-antropológica al cuerpo no se fundamenta en lo físico-anatómico, sino en lo vivencial. Estar vivo y habitar un cuerpo provoca existir orgánicamente, ser de forma encarnada. Los gestos del cuerpo nos envuelven y ya no se pueden silenciar más, porque sus movimientos se derraman, nos rompen y acogen. Zweig se alegraría que los nuevos europeos no deban esconderse bajo mantos incorpóreos. Y los gestos son voces, voces que hablan a pesar de los silencios sonoros. Adentrarnos en el cuerpo y sus posibilidades tiene sus riesgos, pero también sus placeres, tiene sus dificultades y sus epifanías.

Biopolíticas del cuerpo trasplantado

Dar y recibir vida y muerte, ser y no ser, son sentidos y sinsentidos que de una u otra forma han acompañado los senderos y el clima del presente texto. Su mirada a los cuerpos, hecha de forma más o menos clara, más o menos oscura, ha servido para abrir algunos interrogantes. La tiniebla de la agonía corporal encuentra su luz en el templo-quirófano, y la liturgia del cirujano es la que organiza el ritual de insuflar vida al cuerpo. El don (donar la vida, un órgano o una parte del cuerpo) rompe con las estructuras de dominación que marcan los caminos del cuerpo. El cuerpo humano es cada vez más desafiado, incluso lite-

ralmente atravesado por la técnica y donar un órgano para el trasplante no es sino un acto de resistencia hacia esa actitud condicionante de formas de lucha para sobrevivir. Humanizar la bio-política del control es uno de los sentidos reales y verdaderos de la acción que representa la transacción de órganos corporales.

Tal y como algunos autores no dejan de recordarnos, vivimos sin vivir en realidad la experiencia. Para decirlo con Odo Marquard: “las modernizaciones consisten en la sustitución (parcial) de los mundos de procedencia mediante mundos objetivos probados experimentalmente y generados técnicamente, que a su vez requieren (para que se oriente en ellos) al ser humano intercambiable a costa de sus diversidades tradicionales” (2000:115).

Volvamos al espacio hospitalario. Allí no es posible estar presente sin experiencia. La vida misma nos arrastra a los enraizados laberintos del dolor. No podemos resistir (nos) a ello. El dolor hace mella en nuestras vidas y en el cuerpo de nuestros pacientes familiares (a pesar de que dicha expresión contenga una sustanciosa dosis de dominio y posesión de los suyos/nuestros). Más allá de los nuestros, vivimos y convivimos con otras experiencias de dolor, pasión, esperanza y muerte. Rostros que nos miran, que se apiadan de nosotros, que nos llaman a gritos para que seamos solidarios con sus cuerpos. La organicidad de la vida misma cruza los elementos del cuerpo moribundo. Únicamente, las figuras impolutas del hepatólogo y del cirujano parece (aunque no siempre) que se alejan de la experiencia misma del dolor. Se esconden y recubren en sus máscaras (como tantas veces los hemos hecho también nosotros) profesionales que les permiten dibujarse como hepatólogos y cirujanos, pero mucho menos como personas.

Como personajes sí, pero sin llegar a personalizar en el trato. Esto puede llegar a agravarse en un antes del trasplante (no es bueno encariñarse con los pacientes si tienen riesgo de muerte...). Y si presentamos la donación como una forma de resistencia propia de las sociedades complejas, es necesario justificarlo. Pero ello exponemos cinco formas de resistirse.

A) Resistencia a la economía de mercado (de los cuerpos)

En un primer punto aparece la resistencia, ya que la acción de donar un órgano se sitúa a las antípodas de las formas relacionales mediadas por la mercantilización de las identidades. En el despliegue de los múltiples y posibles casos de una determinada economía de los gestos no figura la idea de donar un órgano a cambio de nada. Más bien figura el uso y abuso de los órganos a través de lo que se denomina comercio de órganos. Los órganos no se donan sino que se venden o se roban.

B) Resistencias a la pasividad corporal

Decidir donar una parte del hígado es un acto plenamente activo. Los motivos son muchos pero en definitiva son activos. Se toma un camino que pretende (con la ayuda de cirujanos, hepatólogos, enfermeras, celadores, etc.) cambiar una situación desastrosa, al borde mismo de la vida; pasar de una predeterminación corporal abocada a la muerte a injertar un nuevo órgano que insufla vida. Lo contrario es dejarse morir, aceptar que la lista de espera es larga (y que seguramente nunca nos llegará a tiempo nuestro turno). Lo contrario de dicha pasividad se traduce en activarse hacia la vida, en ser humano (sujeto en lugar de objeto) y reafirmarse a través de la toma de decisión. Una toma de decisión que

se traduce en aceptar la donación del órgano de un familiar (hijo/a, compañero/a, etc.) al igual que aceptar donar a alguien de la familia una parte de ti mismo, de tu ser que te permite existir. Y es justamente en ese permitir existir que es posible traspasar a otro la vida misma.

C) Resistencias a las políticas tanatológicas

Si los hospitales son instituciones en las que en sus interiores se produce una extraña mezcla de vida y de muerte, la donación para el trasplante se sitúa del lado de la vida. ¿Cuántas personas mueren estando en lista de espera? La cultura mediterránea, con un fuerte componente de lazos y estructuras familiares centrípetas, promueve el hecho de hacerse cargo de la realidad del otro. Esto incluye, entre muchos otros detalles, la donación de órganos. Dar apoyo emocional, ofrecer una ayuda económica, dar una parte del cuerpo para permitir que la vida siga fluyendo. La bio-política del thanatos ha quedado, en parte, arrinconada.

D) Resistencia a la disgregación de la identidad

Las máquinas, las prótesis y los variados artefactos que rodean la vida de muchas personas dependientes o en situación de enfermedad crónica, a menudo no permiten aflorar esas dosis de identidad, necesarias para poder existir. Cables, constantes vitales, RMN, anestésicos locales y generales, suturas, respiradores artificiales, sillas de ruedas que deben ser empujadas a perpetuidad, medidores de presión y radiografías. ¿Cómo afectan nuestra existencia? ¿Son neutrales o contrariamente imponen estilos y miradas? La donación y el trasplante, a pesar de estar totalmente involucradas en dichas circunstancias, deben procurar encontrar modos abiertos de ser.

Las cicatrices de los cuerpos (del receptor y del donante) son un testimonio vivo y en evolución de las formas de resistencia que hemos planteado. Cada uno con un trazo bien diferenciado, para recordar (nos) que sus trayectos (de entrada, de salida y de permanencia) son claramente distintos.

E) Una esperanza en la biopolítica del cuerpo trasplantado

Ha quedado grabado (por lo menos durante un tiempo largo), como testimonio de solidaridad corporal, el acto de la donación y de la recepción del hígado. Como la sístole y la diástole, se fusionan en sus movimientos y dibujos. Romper con los procesos de muerte, soñar con otro cuerpo, buscar un órgano, llevarlo incorporado en el propio cuerpo, representa un camino alterado de los destinos sin posibilidad. El sueño de construir un hombre nuevo puede tener algunas esperanzas a través del camino de la solidaridad orgánica, porque sigue valiéndole la pena no olvidar que “la solidaridad nace en el intersticio y en la confluencia de una triple tradición, que constituye sus tres almas: un sentimiento, un acto racional y un imperativo moral” (García Roca, 1998: 161).

Tal vez podamos seguir pensando el cuerpo, y especialmente el cuerpo reconstruido desde el don y sus injertos, como espacio de resistencia y espacio de identidad duradera y sólida. En la modernidad líquida de la cual nos habla Bauman, dónde las identidades se hacen y deshacen, se piensan nuevamente y cada vez de reinician, ofrecer parte del cuerpo para ser trasplantado a otro ser es optar por la solidez de vida, es ejercer la solidaridad orgánica.

Encarnar el cuerpo trasplantado

La integridad de la persona se interroga en el mismo proyecto de la “reconstrucción

orgánica del cuerpo”; digo que se interroga pero no que se rompe. Se trata de un cierto estremecimiento, un dejar de ser vulnerable y sufrible. El cuerpo trasplantado, receptor del órgano dado, necesita asumir y comprender su nueva condición. La introducción de un nuevo órgano produce acciones y reacciones a niveles distintos. Es así como encontramos las reacciones del cuerpo mismo, ya que en un periodo muy reducido de tiempo (en realidad muy pocas horas) ha pasado de tener un órgano atrofiado a que dicho órgano sea substituido por otro de nuevo y mejor. Pero ese órgano nuevo no dejar de ser un extraño para sí mismo. Lo extraño es a la vez próximo y lejano. Curiosa esta mirada de alteridad y mismidad, porque el órgano nuevo es otro y mismo a la vez. Siendo donante del hígado mí hermano, mí madre recibía carne de su carne. Lo creado y engendrado hacía muchos años, regresaba, retornaba a un mismo punto de partida.

Pero no es suficiente que la carne de la propia carne retorne. Los otros órganos, los tejidos y las células, deberán aprender a arropar de nuevo al desamparado órgano. No dejarle solo, apoyarle y ayudarlo; incluso animarle en momentos de bajeza. En mi imaginario sobre el trasplante aparece una y otra vez ese órgano arropado como si de un recién nacido se tratase (su condición, ¿no es en realidad la de recién llegado?). Un recién nacido a quien se acurruca, se abraza, se arropa, se mima y se cuida.

Pero no sólo los órganos se han tenido que movilizar y aprender; la mente, y sus imaginarios -ya desde un inicio- han tenido que aceptar o rechazar a ese intruso en el interior del cuerpo procedente del propio hijo. Ponerle en peligro (al hijo) era un punto clave y decisivo. Ello ya fue el primer aprendizaje: cortar, donar, para seguir viviendo. A contratiempo (y con la

enfermedad pisando los talones) se acepta y se aprende. No hay tiempo para pensarlo ni para negociar categorías que complementen esa decisión. La madre puede seguir viviendo porque el hijo ofrece parte de su hígado; para que sea cortado (por la mano precisa y cálida del cirujano) y después implantado. El trasplante insufla aire nuevo, crea y remonta la vida humana. En parte, aparece una nueva identidad que conduce al trasplantado a formar parte de una especie de hermandad de receptores y al donante al seno de un grupo de elegidos, de salvadores. Los salvadores del cuerpo, los iniciados en el camino de la solidaridad corporal.

BIBLIOGRAFÍA

- Barona, J.L. (2004). Salud, tecnología y saber médico. Madrid: Ramón Areces.
- Brodke, H. (1996). Esa salvaje oscuridad. Barcelona: Anagrama.
- Comelles, J. Ma. (1995). "La sacralización de la práctica hospitalaria. Del despliegue tecnológico a la institucionalización del milagro", en Barona, J. LL. (Coord.) Malaltia i cultura. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, pp. 179-206.
- Ceronetti, G. (2006). El silencio del cuerpo. Barcelona: Acontilado.
- García Roca, J. (1998). Exclusión social y contracultura de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones. Madrid: Ediciones HOAC.
- Leibson, L. (2000). Notas sobre el cuerpo, Psicoanálisis y el Hospital, 18, 8-12.
- Lledó, E., (2003). Prólogo. En C. Pera El cuerpo herido. Barcelona: Acontilado.
- Murphy, R. (1987). The Body Silent. Nueva York: Henry Holt and Co.
- Olbrisch, M. E. (2001). Psychosocial assessment of living organ donorts: clinical and ethical considerations. Prog Transplant, 11 (1), 40-49.
- Pera, C. (2003). El cuerpo herido. Un diccionario filosófico de la cirugía. Barcelona: Acontilado.
- Pera, C. (2006). El Humanismo en la relación Médico-Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina. Documento de trabajo nº 6. Documento electrónico: [www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD020.pdf], Consultado el 22/10/2014.
- Planella, J. (2006). Cuerpo, cultura y educación. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Planella, J. (2014). Solidaridades Orgánicas, De cuerpos y trasplantes. Barcelona: Sehen.
- Sokolowski, R. (2013). Fenomenología de la persona humana. Salamanca: Sígueme.
- Vanhoomissen, G. (2014). Malattia e guarigione. Monasterio di Bose: Qiqajon.