

artículo de reflexión

El atleta y la salud: una reflexión en torno a la corporeidad¹.

reflection paper

The athlete and health: a consideration around corporeity.

Nicolás Castro Uribe²

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-0465-3231>

Juan Felipe Rojas³

Universidad Santo Tomás

 <https://orcid.org/0000-0002-4211-1257>

Juan Esteban Cárdenas⁴

Universidad de Los Andes

 <https://orcid.org/0000-0003-1415-9314>

Nicolás Casallas Morales⁵

Universidad El Bosque

 <https://orcid.org/0000-0002-2525-4213>

Resumen: Los arquetipos corporales referentes a la salud y la enfermedad se han construido con base en las disposiciones y los discursos resueltos desde la ciencia biomédica. A partir de esta premisa, el texto reflexiona en torno a la forma que se concibe el cuerpo en el deporte desde las distintas fuerzas sociales, políticas y económicas que lo atraviesan. Así mismo, describe la forma en que las instituciones biomédicas terminan por reproducir las disposiciones instrumentales y mecanicistas de los deportistas, a costa del influjo de intereses económicos que se concentran sobre estos cuerpos deshumanizados. Concluye que la deshumanización del deportista está motivada por intereses económicos y resulta en la instrumentalización del cuerpo del atleta mediante las prácticas biomédicas y las medicinas alternativas.

Palabras clave: biomedicina; biopoder; corporeidad; deporte; humanización.

Abstract: The body archetypes referring to health and disease have been built based on the provisions and discourses resolved from biomedical science. Based on this premise, the text reflects on the way the body is

Recibido: 15/02/2021 | **Aceptado:** 25/08/2020 | **Disponible en línea:** 31/08/2021

Cómo citar este artículo: Castro, N; Rojas, J.F; Cárdenas, J.E. y Casallas, N. (2021). El atleta y la salud: una reflexión en torno a la corporeidad. *Jangwa Pana*, 20(2), 284-302. doi: <https://doi.org/10.21676/16574923.4280>

¹ Este artículo es producto de un análisis interdisciplinar que discurre en torno a una revisión parcial bibliográfica sobre la temática; por tanto, no presenta conflicto de intereses ni financiación externa.

² Correo electrónico: ncastrou@unal.edu.co

³ Correo electrónico: juanfroj@usantotomas.edu.co

⁴ Correo electrónico: je.cardenasc@uniandes.edu.co

⁵ Correo electrónico: ncasallam@unbosque.edu.co

conceived in sport from the different social, political, and economic forces that run through it. Likewise, it describes the way in which biomedical institutions end up reproducing the instrumental and mechanistic dispositions of athletes, at the cost of the influx of economic interests that are concentrated on these dehumanized bodies. That the dehumanization of the athlete is motivated by economic interests and results in the instrumentalization of the athlete's body through biomedical practices and alternative medicines.

Keywords: biomedicine; biopower; corporeity; humanization; sport.

Introducción

El escenario global actual está enmarcado por la preeminencia de la biomedicina frente a las disposiciones de los modelos de salud pública. Históricamente, y como garante en este nuevo paradigma que viene a defender y organizar la vida por sobre todas las cosas, el Estado toma protagonismo con relación a los métodos de estudio, medición y control sobre el cuerpo y la proliferación de la vida: lo que Foucault llama la “biopolítica de la población”, referente a la administración de los elementos que reproducen, configuran e, incluso, terminan con la vida en sí misma. Estas premisas se tornan significativas, si se tiene en cuenta la importancia, ya no de la muerte como medio deliberado de control sobre el sujeto, sino de la utilidad de la vida dentro de la estructura socioeconómica de la población. Estos marcos de referencia pululan en sistemas que supervisan, controlan y definen la corporeidad de la población en general. La incursión biomédica, incluso, se inscribe en escenarios que se “proclaman” tan privados como la sexualidad. Aquí, el vínculo intrínseco del momento, que se desprende de las prácticas del individuo consigo mismo, en el encuentro con el otro, configura la concepción propia y el condicionamiento colectivo (definido y legitimado por el poder), por modelos de relacionamiento (con el otro) que esperan no oponerse a las disposiciones de los modelos de bioseguridad. Esta consigna corresponde con los arquetipos biomédicos en los que el cuerpo está representado por modelos ideales, basados en estimas biomédicas.

La representación del modelo ejemplar corpóreo se torna compleja en la medida en que el contexto social, económico, cultural y político determina los escenarios reales dispuestos para la persona; así mismo, en la medida en que el mismo individuo discurre y responde al medio y a los discursos coyunturales, del momento y el lugar en que se encuentre. La pugna entre la “necesidad económica” y una “economía del placer” (Foucault, 1976) despliega todo un proceso de consideraciones y cavilaciones, individuales y colectivas, frente a las pretensiones de los Estados y los sistemas biomédicos, que contrastan con el entorno real de acción y disposición de los individuos sobre sus prácticas de vida y la constitución de su cuerpo.

Así mismo, y teniendo en cuenta las consideraciones preliminares, el escenario deportivo de alto rendimiento y el de actividad física cumple con los retos que implican los arquetipos biomédicos del cuerpo para la población en general, y los modelos corpóreos óptimos y específicos para cada disciplina deportiva. La incursión del médico toma relevancia entendiéndolo como el agente que cuenta con los conocimientos y la experiencia para hablar sobre la salud y la enfermedad; en otras palabras, quien tiene la potestad para hablar sobre lo que está bien o está mal en el cuerpo de las personas, ergo, en sus prácticas de vida cotidianas. El rol del médico no solo se limita a la recomendación sobre los individuos de un estilo de vida que les permita sobrellevar su existencia y evitar la muerte; su responsabilidad se extrapola a la consecución de la mejor versión del sujeto: del “hombre modelo” (Foucault, 1966). Es allí donde surge el poder (y la responsabilidad) con que cuentan aquellos que

detentan el conocimiento y que cuentan con el permiso y la obligación de ejecutar planes de acción para manejar oportunamente los desafíos en salud pública, o para planificar programas de mejoramiento del despliegue físico para el caso de los deportistas de alto rendimiento. El carácter policivo de los profesionales de la salud no solo se limita al establecimiento restrictivo de la norma, sino que se extrapola a la divulgación y a la enseñanza del autocuidado y a la promulgación de los espacios saludables de desarrollo para el individuo. En este sentido, los programas de salud pública enfocados a la actividad física representan una de las distintas disposiciones programáticas de los modelos biomédicos sobre la población en general. A pesar de esto, del contexto económico se desprenden retos difíciles de sopesar; las implicaciones legales y estructurales que rodean la vida y la muerte no siempre están dentro del alcance de la medicina. Cuando las políticas se transforman en biopolíticas, beneficiando la vida de ciertos grupos o personas en detrimento de otros grupos o personas, los tomadores de decisiones son a menudo políticos, funcionarios, agentes administrativos y directores de empresas. Los médicos constituyen uno de los grupos de actores de esas decisiones, apenas dos grupos. En su mayoría, el atleta o el individuo que realiza actividad física de manera esporádica se ve a merced de las disposiciones que devienen del influjo económico y político en que se desenvuelve.

Por esto, cabe cuestionarse acerca de la incursión real del arquetipo corporal del aparato biomédico dentro del grueso de la población, su relación directa con las políticas y los programas públicos de salud, y finalmente, su paralelismo –y hasta cierto punto, su contraparte- en torno a la complejidad del cuerpo ideal para el deporte de alto rendimiento. En este artículo ponemos a consideración los distintos modos de aproximación, entendimiento, visión y tratamiento del cuerpo, para los deportistas de alto rendimiento y para las personas que practican actividad física de manera esporádica. Para este cometido, hacemos énfasis en la deshumanización⁶ de la práctica médica; fundamentalmente en torno a dos escenarios específicos:

- Dentro del sistema general de salud: la implementación de programas de actividad física generalizados, en una suerte de “codificación” de los individuos dentro de los sistemas de gestión médica, en el que son tomados y abstraídos como una cifra, sin tener en cuenta los determinantes contextuales y sectoriales que definen un tipo específico de relacionamiento entre los modelos corporales dispuestos desde la biomedicina y los escenarios reales de abstracción y agencia de los individuos.
- Dentro del sistema de salud para deportistas de alto rendimiento: la estructuración de planes y tratamientos médicos personalizados, en torno al aseguramiento de capitales propios y externos al deportista; en otras palabras, la instrumentalización del individuo, concebido como organismo biofísico -no social-, fuente e influjo de expectativas económicas exógenas, que así mismo, discurren en un plano conflictivo

⁶ Tomamos el concepto de “deshumanización” propuesto por Herbert Marcuse y hasta cierto punto por Karl Marx, caracterizado, entre otras cosas, porque la alienación significa la pérdida de las dimensiones creadoras del hombre y, por consiguiente, pérdida de la libertad (López Sáenz, 1988). Además, consideramos que una de las dinámicas representativas de esta estructura social es la que obedece a la ganancia-producción-consumo, ya que transforma a sus miembros en herramientas, deshumaniza la ciencia y subordina la sensibilidad a los instintos y el intelecto. Esta racionalidad —que el positivismo refuerza en la medida en que excluye todo aspecto no cuantitativo, tildándolo de metafísico, instintivo, incomprensible— se erige como única, se rige por las leyes de la productividad y tiende a reducir toda oposición posible, convirtiéndola en afirmación. (Conti, 2011).

en el que el deportista, a su vez, es fuente de agencia y resistencia ante las disposiciones circunstanciales.

De manera tal, este escrito busca profundizar en cómo la biomedicina, desde su episteme y su ejercicio científico, aborda las prácticas de autoatención y de medicalización de los deportistas de alto rendimiento en contraste con las personas que hacen actividad física ocasionalmente. A partir de esto, planteamos un nudo analítico que contempla todo un entramado de visiones y perspectivas que viene desde la antropología, la cultura física, la macro y microeconomía y la psicología del deporte, acerca de la corporeidad en el mundo de la competencia atlética. Además, ahondamos en el tipo de relación que se ha construido entre la biomedicina y las ciencias del deporte, anclando la síntesis reflexiva desde la estructura social, económica y política. De este modo, e impulsado por esta red interdisciplinaria, pretendemos deconstruir -dentro del mismo sentido de la palabra “reconstruir” eventualmente- los escenarios en que los distintos actores no solo son centro de dominio e influjo externo, sino que cargan con cierta capacidad de agencia en el mundo deportivo. De esta forma, iniciaremos conceptualizando la multiplicidad de significados dentro del deporte, hilándolo con la óptica biomédica sobre el cuerpo dentro del ámbito deportivo, para finalmente profundizar en la discusión sobre los estamentos que rigen al mundo del deporte y la biomedicina.

Actividad física, deporte y atleta

De acuerdo con Rocha, Méndez, Carrillo y Daolio (Rocha *et al.*, 2016), la actividad física (AF) -institucionalizada- puede remontarse miles de años atrás, a la dinastía Song en China o a la antigua Grecia: caracterizadas, principalmente, por buscar la armonía en las disposiciones físicas del cuerpo y por la persecución de una salud integral. Más adelante, en el Renacimiento, gracias al amplio bagaje gnoseológico de la cultura física en Occidente, así como por su incursión dentro de la epistemología científica y médica, consolidada tiempo después durante el movimiento de la Ilustración, se sentaron las raíces de una educación enfocada en la formación y la integralidad psicofísica del ser; es decir - y como lo menciona Rousseau- el cómo se conjuga la actividad física con la naturaleza misma del hombre.

Desde comienzos del siglo XX se intensifican los estudios y las investigaciones en torno a la AF, que fue entendida como el movimiento y el gasto energético que se produce por la actividad motriz. La actividad física, desde las propuestas biomédicas, tiene como objetivo el desarrollo de la conciencia personal frente al cuidado de la salud y como respuesta ante la posible aparición y/o desarrollo abrupto de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que causa 71% de las muertes a nivel mundial (OMS, 2018). Por otro lado, cabe resaltar que la influencia del sedentarismo, la globalización y la tecnología han marcado un nuevo proceso de estudio y acción por parte de los centros de investigación biomédica.

Dentro de esta nueva coyuntura, marcada por el aislamiento y el confinamiento, los desafíos que trae consigo la “producción” de una corporalidad ideal y de unos estados de salud propicios para la población en general, son fuente de debate y divergencias en todas las esferas investigativas. Desde las diferentes instituciones científicas y académicas se están planteando diversas fórmulas y programas de AF que son influenciados por el juego y arraigados a la cultura humana (Huizinga, 1944). El juego y la práctica deportiva son

percibidos como los principales aliados en la búsqueda del movimiento y la motricidad física; las actividades lúdicas a su vez llevan a un ambiente que contiene sus propias dinámicas y que, a nivel psicológico, está cargado de una multiplicidad de pensamientos, emociones y deseos que normalmente pertenecen a su quehacer cotidiano (Kleinman, Eisenberg, y Good, 1978; Ortiz, 2002). De esta manera, la actividad lúdica implica múltiples procesos de organización entre los participantes, es decir, se comienzan a implantar normas y reglas que modifican los encuentros lúdicos y que eventualmente se construyen como deportes constituidos y estructurados. No obstante, el objetivo de esta reflexión no consiste en definir y replantear las fronteras entre la AF y el juego; en cambio, se propone comprender esta dinámica desde una perspectiva donde se configura múltiples y variadas situaciones en que entendemos el encuentro deportivo y sus actores como la expresión de ciertas dinámicas culturales variables.

El deporte como fenómeno sociocultural se manifiesta en la corporalidad del atleta que realiza dicha acción (Olarte, 2012). Sumado a esto, la filosofía del olimpismo entiende esta concepción del deporte como la forma de exaltar las capacidades más sobresalientes referentes a la mente y cuerpo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la acción humana no es el único influjo que compone el deporte y el juego. Se encuentran otros actores no-humanos que, a su vez, tienen agencia en el entramado del mundo deportivo (Latour y Zadunaisky, 2008). Estos actores no-humanos integran elementos simbólicos y significativos dentro de un entramado ritual que puede ejemplificar la conexión con el mundo metafísico. De modo tal que el deporte, desde una perspectiva etimológica, es un pasatiempo/juego y diversión (Hernández y Carballo, 2002) y como forma de diversión y aprendizaje, se transforma en entrenamiento, demostración y exhibición en el que el deportista es su principal actor, buscando mejorar la condición del cuerpo y aumentar su rendimiento (Font Landa, 2012; Parlebas, 1993).

El concepto de *deportista* viene mediado por distintos factores; entre estos, que el deportista puede ser considerado como un sujeto que tiene como profesión u oficio el deporte. Sin embargo, más allá de su lógica semántica, lo que diferencia al deportista del *atleta* no se limita únicamente a las modalidades del atletismo sino que denota un sujeto que construye las dinámicas de su vida con base en los valores olímpicos (excelencia, amistad y respeto) y a su vez es un competidor en el ámbito del deporte (COI, 2019). De modo que el deportista difiere del atleta en la medida en que los valores y la filosofía olímpica lo atraviesan. En ese orden, el deportista de alto rendimiento puede ser lo más cercano al concepto de atleta,⁷ comprendiendo que este último está impregnado de una lógica profunda sobre el crecimiento y la excelencia humana. Con base en ello, el atleta puede aludir a la figura principal que escenifica y exalta las capacidades humanas y que se rige por unos requisitos que lo hacen enfrentar distintas dinámicas (Naveira, 2010).

En el mejor de los casos, el deportista de alto rendimiento disputa a nivel olímpico y/o en competencias mundiales. Su desarrollo personal y su escenario productivo se fundamentan en las competencias que componen el ciclo olímpico y aquellas reguladas por las

⁷ Para efectos de este texto, se utilizará el concepto de atleta y deportista de alto rendimiento indistintamente puesto que la biomedicina y las ciencias del deporte enfocan sus esfuerzos hacia ello, pero esa perspectiva se contraponen a lo establecido desde las mismas bases epistemológicas.

federaciones u organizaciones de cada deporte. Esto implica estar inmerso en un macrosistema de distintas lógicas que intervienen y se conectan en la red del deportista (Pérez Fernández, 2004), inscritas en un proceso organizado y orientado hacia la consecución de objetivos específicos y dirigido por profesionales o cuerpo técnico especializado, planificado y sistemático (Naveira, 2010). Esto con el fin de la obtención de resultados medibles, que no empiezan o terminan en el individuo, sino que encierran todo un conglomerado simbólico y económico del que dependen organizaciones o colectividades enteras, dispuestas, sobre el principio de valor, en el despliegue físico del atleta. Es decir, el deportista y su corporeidad se encuentran dentro del entramado socioeconómico de los entes gubernamentales, de las organizaciones deportivas privadas y de las instituciones biomédicas que jerarquizan y categorizan su preponderancia en torno a su desempeño e imagen en las competencias, atravesadas por el beneficio económico que representan los resultados y la fuerza social que imprime la figura del propio atleta.

La biomedicina y el mundo deportivo

El desarrollo de la ciencia médica está marcado por cierta dependencia epistemológica y pragmática que acontece gracias a la enorme influencia de las grandes potencias mundiales y por las instituciones de salud internacionales. Desde la Revolución Industrial y, posteriormente, con la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial, los escenarios y las posturas discursivas en torno a las implicaciones ideológicas globales configuraron muchos de los sistemas y las disposiciones sociales, económicas y políticas que hacían parte de la modernidad, entendida como un “proyecto global” de establecimiento socioeconómico y biopolítico que significó el despliegue de preceptos ideológicos y procedimentales de los Estados - nación hacia un escenario renovado y caracterizado por la falta de regulación, ausente de un modelo estándar de madurez colectiva y marcado por el hedonismo y la anomia en la constitución y el desarrollo de la sociedad. Un mundo fundamentalmente sediento de cambio y de consumismo perpetuo; un marasmo colectivo hacia el beneficio económico de lo privado, que termina expresando un escenario en el que la medicina quedó inmersa dentro del mismo constructo ideológico de mercado. El autoritarismo médico y la supresión de múltiples elementos relacionales entre el cuidado y el paciente fueron relegados por el papel ventajoso de maximizar las ganancias económicas hacia unos pocos. Es en este contexto donde se crea un mercado mundial de instituciones prestadoras de servicios -ya no de derechos-, de salud, fármacos y biotecnología.

Un movimiento sociopolítico global para tener en cuenta fue el impulso de la OMS -a final de los años setenta- caracterizado por la promulgación de una política global de “integración”, bajo el lema de “salud para todos” (Greene, 2016). En él se pretendía llevar los beneficios de la biomedicina a todos los rincones del planeta con la “colaboración” de las distintas partes involucradas. Esta coyuntura global “colaborativa”, empero, trajo numerosas dificultades, así como cuestionamientos hacia sus premisas, entendiendo que el progreso biomédico está en concordancia con el desarrollo tecnológico – difícilmente aplicable en la gran mayoría de lugares de duro acceso y con bajos recursos-. Incluso, existe la posibilidad latente de pervertir los espacios de integración de las mismas prácticas que dice interlocutar. El carácter ventajoso de los estamentos de poder influencia incluso instituciones como la OMS, que utilizan la etnomedicina como un recurso local para abarcar a las poblaciones a las que no podrá llegar la ciencia médica -no obstante- manteniendo su influjo biopolítico de

dominio sobre las naciones “tercermundistas” o no desarrolladas. La salud “siempre ha sido un problema económico” (La Valle, 2014), un espacio problemático de integración global, un proyecto político-económico que desde la consolidación del nuevo orden mundial constituido por el Consenso de Washington centra su atención en el mercado: los programas internacionales de recuperación económica y la coyuntura de emprendimiento expansionista norteamericana propendieron por el “afianzamiento en el público general de la idea de que el gasto público era un problema equiparable al de una amenaza contra la libertad.” (La Valle, 2014). Los resultados desastrosos en el bienestar social, por supuesto, condujeron a estallidos en masa que se revelaban hacia este nuevo precepto económico.

Por esto, las medidas y las recomendaciones propuestas por los organismos internacionales de salud también deben tomarse con cautela. Entendiendo que una de las dificultades en torno al abordaje de problemas epidemiológicos o de salud pública es algo que se complica en el momento de armar una hoja de ruta común en la lucha contra las enfermedades y los padecimientos alrededor del mundo. Las encuestas internacionales de la OMS usualmente miden las diferencias en morbilidad y mortalidad sin hacer referencia a las características sociales de quienes se encuentran en ventaja o desventaja (Frankenberg, Susana, y Roca, 2003). Por ejemplo, el tratamiento de las enfermedades y las lesiones deportivas en Occidente está determinado -entre otras cosas- por el dominio del pensamiento secular y analítico de las instituciones, y por la tecnología y el desarrollo farmacéutico. Esto termina por transformar el carácter social y comprensivo de la enfermedad o la lesión definiendo nuevos canales de aproximación al padecimiento.

Un claro ejemplo de esto son las campañas masivas de promoción y prevención encauzadas sobre la práctica regular de actividad física hechas por los gobiernos como respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles. El interés y la posibilidad de reducir el número de pacientes diagnosticados con ECNT se trunca en el momento en que los recursos dispuestos por los gobiernos y las instituciones no son suficientes. Esto es así a pesar, incluso, de que, desde el punto de vista económico, y desde el enfoque *costo - beneficio*, sería provechoso plantear políticas de promoción de actividad física generalizadas, es decir, que cubran a toda la población con el fin de preservar la vida mediante la prevención y el control de las ECNT. El problema deviene en que los hacedores de políticas públicas no son conscientes de los efectos secundarios que este tipo de políticas pueden tener sobre la salud de los individuos.

En esta misma vía, aunque se implementen programas de AF, el mal manejo de los recursos puede dar cabida a procesos iatrogénicos secundarios. Es decir, si el enfoque programático no está conscientemente encauzado y asesorado por profesionales, los beneficios pretendidos pueden truncarse y terminar, incluso, incrementando las lesiones osteoarticulares por la práctica inadecuada de la AF. Las lesiones musculoesqueléticas representan uno de los problemas de salud más relevantes dentro de la población en general, que realiza algún tipo de AF de manera esporádica y no cuenta con el conocimiento y/o la asesoría directa de expertos en el asunto. Los pacientes que sufren de estas molestias tienen que asumir los altos costos de los procedimientos médicos y los tratamientos. En la mayoría de los casos, los pacientes deben asumir otros costos indirectos (como la ausencia del trabajo, la pérdida de productividad, el retiro temprano, o la muerte prematura) que pueden ser hasta ocho veces más altos que los costos directos (Finch, Kemp y Clapperton, 2015). La pérdida de productividad configura todo un escenario socioeconómico problemático para la persona;

dependiendo de las circunstancias implícitas que surjan en el impedimento de trabajar, un individuo en plena edad productiva, como cabeza de hogar, con deudas o créditos económicos, sin apoyo económico directo o indirecto por parte de algún tipo de núcleo familiar o por parte de algún tipo de institución, entre otras tantas situaciones difíciles de sopesar, puede llevar a procesos terciarios de iatrogenésis. Es decir, además de los impedimentos físicos intrínsecos a la lesión y el contexto socioeconómico problemático, las angustias y las alteraciones mentales pueden acaecer dentro de un escenario ya difícil de solventar. Estos pacientes enfrentan, entonces, no solo la carga física de una movilidad reducida y de los procedimientos médicos constantes (si es que tienen la oportunidad de costearse), sino también el hecho de que la carga económica representa un nuevo escenario de acción y movilidad de los recursos y capitales -tanto sociales como económicos-.⁸ Su calidad de vida se ve deteriorada y su capacidad de agencia queda reducida, poniendo en duda su resiliencia como habilidad psicológica en un mundo marcado por el individualismo y la deshumanización.

En esta misma medida, aunque la calidad de vida para la mayor parte de los deportistas de alto rendimiento no esté limitada por la falta de recursos o por profesionales que hagan un seguimiento de su estado físico, la concepción biológica e impersonal de la enfermedad o la lesión desliga todo un nuevo escenario psicosocial problemático del que pueden dar cuenta los padecimientos de los propios atletas. Desde las instituciones deportivas, grosso modo, la enfermedad es entendida como el desarrollo mecánico de una anormalidad biofísica del individuo, separando la naturaleza activa del enfermo o el lesionado dentro de un colectivo específico, o dentro de la sociedad en conjunto. Aquí, la función del médico –en el despliegue de sus funciones- como conocedor absoluto de la anomalía física, lo faculta como el agente que detenta acceso total y en todas sus formas a la intimidad del paciente (deportista). Repliega diagnósticos y *modus operandi* sobre el cuerpo del paciente, incluso, en una relación en la que la potestad del cuerpo del paciente está supeditada y replegada sobre todo el personal médico, con su parafernalia y su séquito de técnicos expertos; conjugando el reconocimiento colectivo y simbólico en torno a un diagnóstico y a un tratamiento que se prevé objetivo; desligando cualquier oportunidad de subjetivar y profundizar en la apreciación personal del padecimiento y cediendo ante el diagnóstico biomédico y el entendimiento del tratamiento de la enfermedad (Young, 1976).

Por otra parte, las diferencias entre el tratamiento y el conjunto social de acciones⁹ que se toman frente a una lesión para un atleta o para una persona “común” se constituye entre: los rasgos psicosociales del individuo, el aparato biomédico que transmuta los diagnósticos y tratamientos, y el conjunto comunitario que define el relacionamiento y la estructura social por sí misma. Dicho relacionamiento también lleva a la relación bidireccional de avances y tratamientos desde el deporte para la cotidianidad y viceversa. Para esta premisa, tomamos como punto de referencia principalmente los postulados propuestos por varios estudiosos de la antropología médica que retoma y profundiza Arthur Kleinman, definiendo tres posturas complementarias en torno al fenómeno biosocial de la enfermedad. En principio, entendiendo la forma en que las expectativas frente al diagnóstico y al manejo de la enfermedad, de los

⁸ Al respecto, ver Pierre Bourdieu (2017), *La distinción. Criterios y Bases Sociales del Gusto*, Ed. Taurus.

⁹ Hacemos referencia al conjunto social de acciones a los movimientos, atenciones y relaciones que ocurren alrededor del paciente o deportista por parte de los allegados y médicos.

médicos y los pacientes son diametralmente distintas. El bagaje epistemológico y empírico de los profesionales de la salud contrasta muchas veces con los conocimientos y las prácticas que las personas utilizan para tratar sus males. Kleinman define tres conceptos para categorizar los trastornos biofísicos y psicosociales: (1) primero, concibe la *disease* como las alteraciones biofísicas y psicológicas individuales; (2) así mismo, define y desarrolla el concepto de *illness* como la configuración de los estados psicosociales de la persona, a partir de la forma en que los síntomas son percibidos y asumidos por el mismo individuo; (3) en este sentido, ambas premisas funcionan como modelos de explicación -en distinta medida y bajo distintos supuestos-, de un “fenómeno total” denominado *sickness* (Kleinman, Eisenberg, y Good, 1978). A este respecto, la constitución del fenómeno total se inscribe desde el *illness*, entendido como la experiencia particular de un sujeto, referida al padecimiento personal que es causado por trastornos biofísicos, que a su vez es configurado por la esfera social (donde sus categorías y estructuras culturales y semánticas explican estas anomalías) y que finalmente es reestructurado por la manera en que el individuo también es afectado por la reacción y las actitudes de su entorno social inmediato. Es decir, todo padecimiento carga consigo un propósito retórico que moviliza -en cierto modo- la respuesta de la comunidad sobre el individuo enfermo o lesionado.

Esto significa que los tratamientos hacia la enfermedad y la lesión divagan entre la experiencia y el significado que la sociedad y el facultativo defina frente al fenómeno. No obstante, es preciso rescatar que dependiendo de la circunstancia (de padecimiento o enfermedad), el aparato simbólico de la sociedad, o la movilización social o económica de recursos (dependiendo de si se trata de un atleta o de una persona “común”) puede funcionar como una fuerza de “amortiguación” (*damping*) o “amplificación” (*amplification*) de las dificultades que enfrente la persona enferma (Kleinman, Eisenberg, y Good, 1978). Por esto es importante tener en cuenta que la concepción individual y la categorización social de estos síntomas tiene como propósito renovar el orden de las alteraciones fisiopsicosociales que hayan acaecido sobre el individuo. La experiencia del padecimiento, entonces, está determinada por las situaciones particulares que se transforman o se reproducen en la medida en que la cultura y las relaciones entre las personas la configuran; se crea así un contraste entre el interés médico en la enfermedad biológica episódica (*disease*) y el interés antropológico en el padecimiento culturalmente experimentado (*illness*); cada uno refiere a un contexto dentro del marco de patrones sociales de enfermedad como totalidad (*sickness*) (unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología, Ronald Frankenberg). Lo interesante de estos fenómenos es que las personas, especialmente los atletas, independientemente de todo el aparato biomédico que puedan tener a su disposición, demandan básicamente acciones sobre sus padecimientos más que sobre su salud, enfocándose en la solución pragmática a sus problemas (Menéndez, 2005). Es decir, acuden a distintas prácticas y tratamientos sobre su cuerpo con el fin de solucionar cualquier alteración en su cuerpo o de su disposición anímica.

En este mismo sentido, las prácticas de autoatención formulan todo un nuevo espacio caracterizado por la intermedicalidad de su ejercicio, que deviene de múltiples procesos colectivos, individuales (e institucionales en algunos casos) que configuran el escenario de identificación, diagnóstico y tratamiento del padecimiento, sin la necesidad de contar con un médico que identifique y explique el manejo del trastorno, y que prescriba el tratamiento y/o los medicamentos a seguir. Por esto, es pertinente exponer el hecho diferenciado en el que la

fuerza de acción de los atletas o los sujetos en general que practican actividad física de manera esporádica se distinguen por las decisiones que devienen en la elección de qué profesional o cuál forma de atención se realizará para su tratamiento. Por esto, la sucesión de “la carrera del enfermo” no solo está configurada por el proceso racional en el que se sopesan los costos y beneficios socioeconómicos de cada tratamiento a partir del autodiagnóstico, o por el proceso racional que se gesta y se reconstituye gracias a la experiencia y el aprendizaje grupal de cada padecimiento, sino que se inscribe dentro de una racionalización pragmática de los saberes adquiridos y de la utilización de los múltiples recursos aprehendidos de distintas formas de atención, regularmente abstraídos del mismo ejercicio médico y puestos en práctica en situaciones alternas (Menéndez, 2005). Además, porque se definen y configuran por la concepción y la condición socioeconómica que se disponga en torno a la corporeidad, en este caso, por la instrumentalización del cuerpo de los deportistas de alto rendimiento.

Deshumanización del atleta: una máquina para hacer dinero

El deporte, como otras fuentes de recreación, puede considerarse una actividad lucrativa, ya que consiste en “un bien, cuya producción, consumo, financiación y gestión responde a criterios de racionalidad económica” (García, 2001). El alto poder de convocatoria y capacidad de movilización del deporte hace que hoy día la industria deportiva despierte grandes intereses económicos frente a las expectativas que representa todo el entorno competitivo. La venta de accesorios deportivos, la inversión en instalaciones, los gastos en marketing y publicidad en sus espectáculos y competiciones, la transmisión de eventos deportivos, las casas de apuestas, y el dinero que mueven clubes y jugadores hacen que sea una industria de miles de millones de dólares (Rosner y Shropshire, 2010; Pedrosa Sanz y Salvador Insúa, 2003). A esto se debe sumar la industria de la medicina deportiva, que para 2016 estaba valorada en cerca de 7 mil millones de dólares y que se espera que para 2023 sea una industria de 11 mil millones de dólares (Chandra y Sapatnekar, 2017). Es decir, se constituye como una de las potencias económicas que más movilizan capitales -de todo tipo- a nivel mundial.

Por otra parte, la medicina deportiva tiene varios objetivos, entre los que se encuentran: la prevención y tratamiento de lesiones, las mejoras al rendimiento físico y la recuperación de los deportistas. Interesante es que, dentro de estos fines, el rubro que mayor costo tiene, tanto para una organización deportiva como para el deportista en sí mismo, es el que dispone de los recursos relativos a la prevención¹⁰ y el tratamiento de lesiones. Estos costos se dividen en costos directos e indirectos. Los costos directos hacen referencia a los gastos de tratamiento médico (diagnóstico, exámenes, rayos-x, costos de personal médico, medicinas, etc.); y los costos indirectos hacen referencia al número de días en que no puede trabajar el deportista y a las posibles afectaciones psicológicas que tenga el mismo (Korkmaz *et al.*, 2014).

¹⁰ Un ejemplo bastante dicente y aplicado a las nuevas tendencias es el llamado “*load management*” en distintos deportes a nivel mundial, que propende por inscribir prácticas y métodos de prevención antes de que la lesión suceda.

Sin embargo, y como es evidente, no todos los atletas de alto rendimiento tienen el mismo acceso a planes de prevención de lesiones, a equipos médicos, a asesoramiento continuo por parte de entrenadores, ni el mismo acceso a tecnologías de recuperación. Incluso, los niveles de participación en deportes también son determinados por factores socioeconómicos. Esta relación aumenta en la medida en que los principales causantes de la desigualdad en la participación en deportes son el género, el estrato, el nivel de educación, la edad, y el grupo étnico (Rubio y Guillerna, 2006). A estas barreras de participación también se deben agregar las barreras políticas, que representan otra de las características más importantes en cuanto a la desigualdad y la falta de oportunidades laborales, en un mundo marcado por la inequidad. Estos mismos móviles de desigualdad en la participación pueden extrapolarse al acceso de los deportistas de alto rendimiento a planes de prevención y tratamiento de lesiones; es decir, el mundo institucionalizado del deporte de alto rendimiento está atravesado por los factores macroeconómicos neoliberales que gobiernan el mundo.

Es decir, mientras la institución, organización o el equipo del que sea parte el deportista tenga una fuente inicial de ingresos muy elevada, y notoriamente diferente a las demás, el atleta podrá disponer de mejores instalaciones, un equipo médico más calificado y, lo más importante, un trabajo mucho más personalizado y enfocado en el perfeccionamiento individual de su despliegue físico y mental. Estas organizaciones, por tanto, darán una mejor atención a sus deportistas, reduciendo la probabilidad de lesión y facilitando el acceso a métodos de recuperación efectivos en caso de lesión. Además, por supuesto, cuanto mejores sean los resultados y los “números” del deportista, la inversión será significativamente mayor, pues las pérdidas económicas al tener ese atleta fuera de competencia pueden representar pérdidas enormes de dinero para los inversionistas.

De modo que el deporte institucionalizado desde una perspectiva económica ha hecho mella en los deportistas de alto rendimiento en la manera en que estos se conciben a sí mismos como un activo¹¹ y, por tanto, la cosificación de su cuerpo y su cercanía con la deshumanización. Por ejemplo, el basquetbolista LeBron James gasta anualmente 1.5 millones de dólares en el cuidado de su cuerpo; contrata entrenadores personales, nutricionistas, chefs, masajistas, máquinas para baño en nitrógeno líquido para la recuperación, hace tratamiento en cámara hiperbárica para incrementar los niveles de oxígeno en su cuerpo, y usa electroestimulación para mantener sus músculos contraídos, entre otros (Davis, 2018). Y es que toda la presión socioeconómica puesta en su cuerpo lleva a que sus compañeros de equipo digan que “James trata su cuerpo como una inversión” (Davis, 2018).

La deshumanización del deportista, justamente, se conjuga en el momento en que se da¹² mayor atención a un deportista por los posibles ingresos que le representan a la organización y a los inversionistas, que por la deuda ética que representa el trabajo de un individuo que proporciona toda su vida a una sociedad. El deportista se convierte entonces en una máquina de triunfos, que debe estar funcionando siempre a medida de unos usos y usanzas externas.

¹¹ El *activo* en finanzas se entiende como algo que tiene valor o potencial de generar ingresos económicos.

Donde no puede sentir, no puede hablar y simple y llanamente debe producir. A menos que sea una figura pública con demasiada potencia simbólica o que su carácter y declaraciones impriman mucho peso dentro de la industria en general, sus aspiraciones y pretensiones ya no son significativas. Los equipos llevarán entonces a estas “máquinas” a niveles de productividad extremos, que sobrepasan los límites de lo saludable, que irrumpen en ese discurso imaginario de lo que está bien para el cuerpo, ese cuerpo que ya no es suyo, esa vida que divaga constante y peligrosamente entre la salud y la enfermedad.

La institucionalización y sus impactos a nivel psicológico y sociológico

Lo que inicialmente surge como un acto de ocio y diversión (el juego) se constituye en un elemento eminentemente social que requiere interacción con otros, y que sufre una transformación cuando se construyen reglas y jerarquías: se institucionaliza (García, 2001); en otras palabras, se convierte en deporte. Por una parte, las reglas adquieren un significado construido entre ambos que se enmarcan desde los ritos que parten del juego deportivo; los ritos, en otro sentido, que inician desde el juego, se entienden como la agencia de distintas presuposiciones del juego como acción y de los jugadores (Cotrino, 2012). Por tanto, el juego construye dinámicas particulares que serán destruidas, reconstruidas y en algunos casos, construidas solamente para el deporte de alto rendimiento.

De manera que el deporte se ha institucionalizado con base en alternas y muy profundas necesidades del ser humano. Dichas necesidades parten del entramado circunstancial, tanto dese situaciones sociales como psicológicas. El deporte en sí mismo se ha vendido desde el siglo XX, como la panacea instrumental para gran parte de las problemáticas sociales en salud; llegando a trascender, incluso, sus fundamentos pragmáticos:

El deporte ha sido mostrado y eficazmente utilizado como la enmienda para los transgresores de la ley de la normalidad: moral para amorales, correctivo para delincuentes, revulsivo para vagos, purga para drogadictos, templanza para violentos, pedagogía para inadaptados, ilustración para ignorantes, esperanza para desahuciados, etc. La herencia, en fin, que el sistema reserva para los desheredados. (Hernández y Carballo, 2002).

En este sentido, el deporte entra a desempeñar un rol importante en el entramado de actores que tienen implicaciones en el cuerpo, y por consiguiente, en la salud. Estableciendo sus prácticas, así mismo, desde el componente de salud mental. Por un lado, el psicólogo del deporte que trabaja con atletas promueve el bienestar y la salud mental desde el aumento del alto rendimiento (Naveira, 2010). Partiendo de que la preparación holística del deportista se integra por múltiples componentes, entre estos el esfuerzo del psicólogo deportivo, por fomentar y encauzar sus dinámicas en el favorecimiento de la salud mental del deportista de alto rendimiento. En este sentido, las características psicológicas que debería tener un deportista de alto rendimiento se han estudiado desde esta rama de las ciencias del deporte. Por tanto, quien no detente estos “rasgos” debe ser “entrenado” para que pueda alcanzarlas. A pesar de la formación de los psicólogos del deporte dirigido hacia el mundo del alto rendimiento, los padecimientos del atleta trascienden hacia una motivación “instrumentalizada”, es decir, que la acción del atleta deja de estar mediada por el sentido humano y existencialista que promueve la filosofía del olimpismo, y se tergiversa en su

sentido más instrumental y mercantilista; su productividad como atleta queda legitimada y relegada por aspectos tanto económicos como políticos. En este panorama, la salud mental del deportista de alto rendimiento se remite quizás exclusivamente a aminorar pensamientos, emociones, deseos y comportamientos que no potencien su desempeño. Por ejemplo, los psicólogos del deporte que trabajan con clubes de fútbol profesional plantean en sus narrativas que su praxis intenta extrapolar las habilidades aprendidas en el entrenamiento mental hacia la cotidianidad del deportista. No obstante, cada vez más los atletas ven comprometida su salud mental por distintos aspectos personales y circunstanciales; a pesar de esto, otros agentes dentro del mismo entramado del mundo deportivo le restan importancia a ello; incluso la psicología del deporte como rama de las ciencias del deporte -valga la redundancia- dentro del gran “organismo” de la biomedicina.

Valorar al deportista como ser humano implica, entonces, necesariamente considerar su corporeidad y todos los aspectos que la constituyan y la afecten. Por tanto, el cuerpo cosificado (Moreno, 2013), por lógicas del rendimiento también ha resistido, y resiste. De hecho, Herbert Marcuse denominó a tal cuerpo colonizado y domesticado, como el *apéndice de la máquina*; entendiendo, que el cuerpo sigue luchando contra este gran sistema que cada vez más circunscribe dentro de la cotidianidad la monotonía, la uniformidad, la fragmentación del ser en sí mismo; en esencia, que cohibe ciertas cualidades humanas a partir de la coacción sobre la salud mental, y en efecto, sobre su entorno social inmediato.

Incluso estos efectos pueden repercutir sobre aspectos fisiológicos y psicológicos. En el caso del baloncesto, uno de los principales problemas que enfrentan los jugadores es la falta de sueño. Esto los lleva a tener un mal rendimiento en los partidos y los hace más susceptibles a sufrir lesiones. Incluso los expertos dicen que una mala noche de sueño es comparable a haber tomado varias copas de licor la noche anterior (Berger, 2016). Esta falta de sueño se debe a la cantidad de partidos que se hacen en una temporada, pues en una temporada de seis meses los jugadores recorren la distancia suficiente para darle dos veces la vuelta al mundo (Holmes, 2019). Además, la mitad del tiempo están durmiendo en otras ciudades, en las que no está garantizado que la cama del hotel en que se hospedan sea suficientemente buena. Y, aunque es un problema del que los jugadores se han quejado, a los dueños de los equipos y de la liga esto no les interesa porque reducir el número de partidos que se juegan significaría reducir sus ingresos.

Para retomar, el entrenamiento mental del atleta está diseñado para promover su rendimiento (Powell y Myers, 2017). Sin embargo, el desentrenamiento y el retiro deportivo de los deportistas de alto rendimiento es un aspecto que pocas veces se ve implicado en los procesos interventivos. Aun así, los mitos, ritos y epistemes de los deportistas han variado a medida del tiempo y con ello, su concepción de retiro deportivo (Sandardos y Chambers, 2019; Hernández, 2012). El desentrenamiento tanto físico como mental tiene implicaciones en distintos niveles: por un lado, el desarrollo de enfermedades osteomusculares puede aparecer como la rotura de ligamentos o cartílagos (Zamora y Frómeta, 2014); por otra parte, las consecuencias para la salud mental del atleta contraen una crisis de su ciclo vital, comprendido como el rompimiento de la esencia de la existencia. La crisis en sí misma concibe distintos factores que se van debilitando. Por ejemplo, las redes sociales -no solamente las redes de apoyo con humanos sino también entendidas como las redes sociales tecnológicas para la masificación de la información por medio de plataformas de interacción

como Twitter, Instagram, etc.- del atleta retirado son un arma de doble filo, puesto que pueden volverse un factor protector para su crisis o como incentivo para una crisis más profunda. De manera que los pensamientos del deportista retirado se caracterizan por una desesperanza acerca de su vida sin el deporte, lo que deja pensar que requiere una construcción de una red distinta a la que estaba y, por ende, esto traerá nuevos retos y desafíos. No obstante, algunos programas del mundo han implementado modelos de carrera deportiva buscando aminorar el impacto del retiro deportivo; sin embargo, en ocasiones pueden ser obtusos ante una perspectiva sociopolítica como la industrialización, teniendo en cuenta que gracias a esta disposición socioestructural se ha olvidado la importancia del ocio y de lo recreativo, de la potencia liberadora del juego en sí mismo.

Finalmente, y en línea con la institucionalización de la corporeidad, el deporte actualmente se ha constituido como agente para la construcción de identidad (Dunning, 1999); se ha instituido como un actor que promueve la dominación social por medio de mandatos y prácticas pertenecientes a la jerarquía de la estructura social (Barbero y Bourdieu, 1993). Con esto, el atleta es un actor dentro del sistema total que debe asumir una forma de pensar, actuar y percibir la realidad de una manera determinada. Su circunspección dentro del organismo social está atravesada por la convivencia con los demás agentes que componen el entorno deportivo; su interjuego con la salud mental y sus relaciones sociales son mediados por distintos actores y factores endógenos y exógenos. En esta relación, la biomedicina que propende muchas veces por la entronización del rendimiento y la industrialización del deporte deberá reencauzar sus proyectos y descubrir qué hay más allá de esa “máquina” funcional.

Consideraciones finales

Las siguientes reflexiones se constituyen desde una mirada interdisciplinar que busca que el lector comprenda cómo el atleta es comprendido desde distintas lógicas. En ese orden, se presentan las conclusiones desde una mirada antropológica, a nivel socioeconómico y luego desde una perspectiva de las ciencias del deporte.

Con base en las perspectivas planteadas, el deporte de alto rendimiento está mediado e influenciado por los intereses económicos y políticos de organizaciones e instituciones que, en un contexto globalizado y regido por el libre mercado, conciben el deporte como una actividad económica y a su principal actor, el deportista, como fuente e influjo de capitales sociales y económicos, donde la apreciación del cuerpo queda supeditada a la concepción de una herramienta que funge como medio de consecución de recursos y de logros deportivos específicos. El despliegue físico, las contiendas atléticas, la competencia caracterizada por la expresión del dominio del cuerpo en su estado más alto, ahora, más que nunca, están trazados por todo el sistema mercantil que se deriva del espectáculo deportivo. El lucro de grandes colectivos financieros transfiguró todos los escenarios del deporte en espacios viciados por el espectáculo; un esnobismo maniático que convierte a los atletas en figuras públicas de usanza transitoria; un medio de utilidad y rendimiento, a expensas de pactos viciados por el timo de un contrato minado por el sometimiento a una institución en específico; una obligación a la exclusividad, que de una u otra forma los hace presos de una corporación. En este escenario coyuntural,

la civilización industrial contemporánea demuestra que ha llegado a una etapa en la que ‘la sociedad libre’ no se puede ya definir adecuadamente en los términos tradicionales de libertades económicas, políticas e intelectuales, no porque estas libertades se hayan vuelto insignificantes, sino porque son demasiado significativas para ser confinadas dentro de las formas tradicionales. Se necesitan nuevos modos de realización que correspondan a las nuevas capacidades de la sociedad. (Marcuse, 1985, en López, 1988).

Parece ser que aún le queda mucho trecho a este sistema mundo. No solo son víctimas los pacientes y los usuarios en general. Así mismo, los profesionales de la salud, que son parte activa de este sistema, a pesar de ser percibidos muchas veces como victimarios; el profesional de la salud es también un mártir dentro de este modelo que todo lo consume: la vida misma, incluso, a quienes día a día intentan conservarla (La Valle, 2014).

Finalmente, y, por otra parte, entendiendo que la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo y socialmente determinado (Breith, 2013) en el que el régimen biomédico, que soslaya los determinantes colectivos que se inscriben en los “trastornos o malestares individuales” transfigura la realidad inmediata de salud y la enfermedad, se genera un medio conflictivo de intereses, en el que el aparato sociopolítico se rige por el vínculo económico mientras el deportista de alto rendimiento sufre las consecuencias de instituciones basadas en la mercantilización del cuerpo; un sistema social inviable e incompatible con la vida y la salud.

Aunque el escenario del deporte de alto rendimiento se vanaglorie por su cercanía al modelo biomédico, las prácticas médicas no occidentales se adscriben a los tratamientos dispuestos para los atletas del más alto nivel. Las organizaciones, las instituciones y los equipos deportivos han agregado a su praxis procedimientos que vienen de tradiciones y acervos muy distintos a los occidentales. Estas prácticas se han ido incorporando de manera gradual a los procesos de medicalización y entrenamiento de los deportistas -instrumentalmente hablando- porque son funcionales y pragmáticas. Así mismo, porque solucionan las alteraciones biofísicas del individuo y porque definen mecanismos alternativos y muy eficientes en torno a los padecimientos (*illness*) de los deportistas.

Los espacios médicos en el alto rendimiento están marcados por la interculturalidad en la salud, en otras palabras, un ejercicio marcado por la intermedicalidad de sus prácticas, replegando todo un desarrollo caracterizado por el pluralismo médico y el pluralismo asistencial. Los cambios en los usos de las distintas prácticas médicas, en el seno de la investigación científica -en torno a las capacidades físicas-, dan cuenta de la variabilidad y la adaptabilidad a los nuevos escenarios y las nuevas alternativas en cuanto a prácticas terapéuticas se refiere. Así mismo, dentro del ámbito deportivo existe un naciente auge de las medicinas alternativas (MAC) y las medicinas complementarias (CAM); la recurrencia de este tipo de prácticas dentro del deporte de alto rendimiento es bastante dicente, dando cuenta de los vacíos pragmáticos dentro de la práctica biomédica. El abatimiento del modelo cientificista de la medicina occidental en los espacios donde se preveía como el gran triunfante, refleja cómo se ha dado la incorporación y la aceptación -en boga- del pluralismo médico como herramientas para enfrentar los padecimientos, las enfermedades y las lesiones

a las que la medicina occidental no les da una solución efectiva o satisfactoria dentro del escenario deportivo (Perdiguero, 2014).

A nivel deportivo, el cuerpo del deportista ha perdido su valor como persona incrementando de manera proporcional la instrumentalización de este en un sistema económico que rige las prácticas biomédicas. De esta manera se concibe al cuerpo como una máquina que por medio de la biomedicina se modifica para incrementar cada vez más su capacidad de “producción” de victorias y se deja de lado el componente humano. Mediante planes de entrenamiento debidamente estructurados, planificados y organizados, llevándolo a una profesionalización. De modo que el atleta está en la obligación y disposición de llevar a cabo las tareas requeridas para su ciclo de vida dentro del rendimiento. De este mismo modo, todos los medios asociados a las prácticas orientales han sido tomados para el crecimiento individual del atleta, llevándolo al uso de un conglomerado de técnicas y medios biomédicos y alternativos para la optimización del atleta concebido como máquina.

La salud como componente biofísico se ha ilustrado desde distintos aspectos. De modo que la salud mental no es un factor menor para los atletas, y como se ha mencionado, se ha instrumentalizado desde la enfermedad mental. La comprensión desde una lógica antropológica del *disease* saca a la luz enfermedades como la depresión o ansiedad. No obstante, las dinámicas propias del deporte hacen que estos padecimientos sean invisibilizados. Es decir, las ciencias del deporte -por ejemplo, la psicología del deporte- enfoca sus esfuerzos para tratar la salud mental desde una perspectiva utilitarista. Aunque los esfuerzos para combatir los tabúes creados en torno a la salud han ido en aumento por parte de los “expertos” en salud mental, el *illness* del deportista con padecimientos a nivel de su psique se construye con mitos alrededor de su funcionalidad y cómo las prácticas de autocuidado puedan ser factores protectores o no. De manera que el *sickness* del atleta se enmarca y fundamenta sus bases desde tabúes construidos alrededor de la salud mental del deportista de alto rendimiento y a su vez, la cultura deportiva construye una realidad donde se cosifica el cuerpo del atleta que está concebido como una máquina que se desecha cuando tiene alguna falla.

Aun así, esta “máquina humana” tiene una vida útil en el mercado. El retiro deportivo de los atletas es un evento que las ciencias del deporte hasta ahora está visibilizando. La *sickness* de distintos padecimientos tanto mentales como físicos sigue siendo un campo que requiere una nueva comprensión, como lo ha planteado Marcuse en sus textos. El atleta retirado es, en ocasiones, la evidencia de la instrumentalización del deporte de alto rendimiento puesto que el sistema sociopolítico construido para ellos, por el componente psicológico, hasta ahora va dando luces acerca de programas de acompañamiento y de construcción de habilidades para la vida no-deportiva. No obstante, es un área de menor importancia para las políticas públicas en la medida en que es cosificado el atleta. Además, la psicología del deporte ha intentado modificar sus prácticas hacia una visión “holística” del atleta, pero sus esfuerzos aún están en gestación.

Referencias

Barbero, José Ignacio, y Pierre Bourdieu (1993). *Materiales de sociología del deporte*. Ediciones de La Piqueta.
https://books.google.com.co/books/about/Materiales_de_sociología_del_deporte.html?id=p

- iiuuAAACAAJ&redir_esc=y.
- Breith, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia* 31 (0): 19.
- Chandra, Garima, y Tanvi Sapatnekar (2017). Sports Medicine Market - Global Opportunity Analysis And Industry Forecast. *Allied Market Research*, 190.
- COI (2019). Carta olímpica.
- Conti, Romina (2011). La desalienación estética en Schiller y Marcuse. Un retorno sobre el problema de la racionalidad mutilada. *Temas*, núm. 21.
- Cotrino, Leonardo Otálora (2012). Mitos y ritos modernos. La fabricación de creencias en los medios de comunicación. *Alteridades* 22 (44): 99-114.
- Dunning, Eric (1999). *El fenómeno deportivo: estudios sociológicos en torno al deporte, la violencia y la civilización*. Barcelona: Paidotribo.
- https://books.google.com.co/books?id=W1RXY88chbcC&printsec=frontcover&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Finch, C. F.; J. L. Kemp, y A. J. Clapperton (2015). The incidence and burden of hospital-treated sports-related injury in people aged 15+ years in Victoria, Australia, 2004-2010: a future epidemic of osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage* 23 (7): 1138-43. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2015.02.165>.
- Foucault, Michel (1976). *Historia de la sexualidad*. Siglo Veintiuno editores. https://virtual.konradlorenz.edu.co/pluginfile.php/82934/mod_resource/content/1/Michel_Foucault_-_Historia_de_la_sexualidad_I_-_La_voluntad_de_saber.pdf.
- Foucault, Michel (1966). El nacimiento de la clínica, 160, 162. http://www.medicinayarte.com/img/foucault_el_nacimiento_clinica.pdf.
- Frankenberg, Ronald (2003). Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. Trad. Susana y Alejandra Roca. *Cuadernos de Antropología Social* 2003 (17): 11-27. <https://doi.org/10.34096/cas.i17.4596>.
- García, P.; Castellanos (2001). Análisis de demanda y economía del deporte. *Incidencia económica del deporte*, 181-89.
- Greene, Shane (2016). The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *Wiley on behalf of the American Anthropological Association* 25 (4): 634-58. <http://www.jstor.org/stable/645858>.
- Hernández, Ángela (2012). Vinculos , Individuación y ecología humana, hacia una psicología clínica compleja. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales* 10 (1): 687-89.
- Hernández, Néstor, y Carlos Carballo (2002). Acerca del concepto de deporte: alcances de su(s) significado(s). *Educación Física y Ciencia* 6: 17.
- Huizinga, J. (1944). A Study Of The Play-Element In Culture. *Routledge & Kegan Paul Ltd*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Kleinman, Arthur; Leon Eisenberg, y Byron Good (1978). Culture Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88 (1): 251-58.
- Korkmaz, Murat; Bülent Kılıç; Fatih Çatıkka, & Ali Serdar Yücel (2014). Financial dimension of sports injuries. *European Journal of Experimental Biology* 4 (4): 38-46. www.pelagiaresearchlibrary.com.
- Latour, Bruno, & Gabriel Zadunaisky (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la*

- teoría del actor-red*. Ed. Manantial.
- <https://books.google.com.co/books?id=gIC2NwAACAAJ&dq=bruno+latour+reensamblar+lo+social&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwio5aissqvqAhUDh-AKHfB2AHsQ6AEwAHoECAAQAQ>.
- López Sáenz, M. Carmen (1988). La crítica de la racionalidad tecnológica en Herbert Marcuse. *Enrahonar: Quaderns de filosofia*, núm. 14: 81-93. <https://doi.org/10.5565/42680>.
- Menéndez, Eduardo (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, núm. 14: 33-69. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2005.v14.10249.
- Moreno, Nubia, y Amparo Rubio (2013). De la cultura del cuerpo al culto del cuerpo. <https://doi.org/10.15332/s2248-4418.2013.0005.05>.
- Naveira, Alejo (2010). El Psicólogo del Deporte en el Alto Rendimiento. *Papeles del Psicólogo* 31 (3): 259-68. <https://doi.org/10.1021/la0470535>.
- Olarte, Carlos, Eduardo Vargas (2012). Ciencias del deporte: evolución de aspectos teórico científicos. *Entramado* 8 (1): 140-65.
- OMS (2018). *Enfermedades no transmisibles*.
- Paredes, Jesús (2002). *El deporte como juego: un análisis cultural: tesis doctoral*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Pedrosa Sanz, Rosario, y José Salvador Insúa (2003). El impacto del deporte en la economía: problemas de medición. *RAE: Revista Asturiana de Economía*, núm. 26: 61-84.
- Perdiguer-Gil, Enrique (2014). Una reflexión sobre el pluralismo médico. https://www.researchgate.net/publication/256116085_Una_reflexion_sobre_el_pluralismo_medico.
- Pérez Fernández, Francisco (2004). El medio social como estructura psicológica: reflexiones del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía* 3 (2): 161-77.
- Powell, Alexander J., & Tony D. Myers (2017). Developing mental toughness: Lessons from Paralympians. *Frontiers in Psychology* 8 (AUG): 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01270>.
- Rocha, Cristián Luarte; Alex Garrido Méndez; Jaime Pacheco Carrillo, y Jocimar Daolio (2016). Antecedentes Históricos de la Actividad Física para la Salud. *Revista Ciencias de la Actividad Física* 17 (1): 67-76.
- Rosner, Scott R., & Kenneth L. Shropshire (2010). *The Business of Sports, 2nd Edition*. Jones & Bartlett Learning. <https://www.amazon.com/Business-Sports-2nd-Scott-Rosner/dp/0763780782#:~:text=The Business of Sports%2C Second, each of these broad areas>.
- Rubio, Vicente Ortún, y Ricard Meneu de Guillerna (2006). Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*, núm. 5: 491-504.
- Sandardos, Stacey S., & Timothy P. Chambers (2019). 'It's not about sport, it's about you': An interpretative phenomenological analysis of mentoring elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise* 43 (February): 144-54. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.02.003>.
- Valle, Ricardo La (2014). Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias Parte II. *Rev Hosp Ital B. Aires* 34 (3): 67-72. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/17666_67-72-Lavalle Part

- 1.pdf%0Ahttps://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/17666_67-72-Lavalle Part 1.pdf.
- Young, Allan (1976). Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist* 78 (1): 5-24.
<https://doi.org/10.1525/aa.1976.78.1.02a00020>.
- Zamora, Rolando, y Noralmis Frómeta (2014). El deportista de alto rendimiento: apuntes para pensar en su desentrenamiento. *EFDeportes.com, Revista Digital*, núm. 191: 1.