

LA MEDICALIZACIÓN DEL AMOR:
NOTAS SOBRE ALGUNOS PELIGROS DEL “ARREGLO
TECNOLÓGICO RÁPIDO” DEL PROYECTO DE BIO/MEJORÍA
ANTI-AMOR

THE MEDICALIZATION OF LOVE:
SOME NOTES ON THE PERILS OF THE QUICK TECH FIX
ANTI-LOVE BIO/ENHANCEMENT PROJECT

Sara Gavrell
Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de
Mayagüez
sara.gavrell@upr.edu

Resumen: Imitando la ciencia ficción, se ha propuesto utilizar biotecnología anti-amor para resolver problemas éticos: estar enamorado/a debe concebirse como un tipo de adicción que, cuando tiene consecuencias negativas, debe “curarse”. En este trabajo presento y evalúo algunos aspectos de la propuesta de medicalización del amor. Expondré presuposiciones sexistas en la conceptualización de los problemas y sus soluciones, y en la práctica de la medicina, y argumento que la biotecnología anti-amor no resolverá los problemas que pretende atender. Utilizando ejemplos actuales de experiencias humanas significativas medicalizadas, planteo que la normalización del amor como enfermedad limita imaginar futuros alternos: eventualmente será difícil concebir “estar enamorado/a” como una experiencia libre del control médico. La propuesta de incluir el “amor-como-adicción” en el DSM-V también tiene el potencial de socavar la autonomía porque sienta las bases para clasificar como incompetente a cualquier persona enamorada y justificar la imposición de tratamiento con argumentos de paternalismo médico.

Palabras clave: biotecnología (anti-)amor, medicalización, autonomía, sexismo, mejoría humana

Abstract: Copying science fiction, it has been proposed that anti-love biotechnology should be used to solve ethical

problems: being in love should be conceived as a kind of addiction that, when harmful, should be “cured”. In this paper, I present and evaluate some aspects of the proposal to medicalize love. I show sexist assumptions in the conceptualization of problems and their solutions, and in medical practice; and argue that anti-love biotechnology will not solve the problems it aims to address. Using current examples of medicalized meaningful human experiences, I suggest the normalization of love-as-disease limits our imaginings of alternate futures: eventually it will be difficult to conceive of “being in love” as an experience free from medical control. The proposal to include “love-as-addiction” in the DSM-V also has the potential to undermine autonomy by laying the foundation to label as incompetent anyone in love and justify imposing treatment invoking medical paternalism.

Keywords: (anti-)love biotechnology, medicalization, autonomy, sexism, human enhancement

... there is a disease in the heart of man. Its symptom is hate. Its symptom is anger. Its symptom is rage. Its symptom is war. The disease is human emotion ... I congratulate you, for there is a cure for this disease. At the cost of the dizzying highs of human emotion, we have suppressed its abysmal lows. And you, as a society, have embraced this cure ... Now we are at peace with ourselves and human kind is one. War is gone. Hate, a memory. We are our own conscience now, and it is this conscience that guides us to rate ... all those things that might tempt us to feel, again, and destroy them.... you have won. Against all odds, and your own natures. You have survived.

Equilibrium

Introducción

Las personas amantes del género de ciencia ficción sabemos que uno de sus temas recurrentes son universos en los cuales se ha intentado eliminar las pasiones o las emociones

humanas argumentando que son la causa de problemas como el sufrimiento y la violencia – ejemplos contemporáneos son *Firefly*, *Equilibrium*, y *The Giver*¹ – tanto a nivel individual como en casos de violencia machista,² como a nivel global como en casos de genocidio, guerra, y pobreza. La ciencia ficción usualmente presenta el argumento como uno errado: eliminar las pasiones o las emociones no producirá un mundo mejor para los seres humanos.

En la actualidad se está proponiendo un argumento similar al criticado a través de la ciencia ficción: debemos utilizar biotecnologías “anti-amor” y de “mejoría moral” para controlar las pasiones o las emociones humanas para resolver problemas éticos.³ En este trabajo me concentraré en la propuesta de biotecnología anti-amor para supuesta mejoría (*enhancement*) del ser humano, cuyos proponentes más famosos son Earp y Savulescu de la Universidad de Oxford. Ofreceré varias objeciones a, y preocupaciones con, los usos actuales de biotecnología anti-amor y con las propuestas para usos futuros.

La medicalización del amor

La medicalización de problemas sociales es común en la historia de la medicina. La medicalización del amor es parte de la creciente medicalización de la vida entera que se ha discutido en la filosofía desde hace años. Utilizamos métodos médicos con el propósito de resolver problemas sociales, como se vio en el caso tan famoso de la hormona de crecimiento humano. Las cirugías cosméticas, como la reducción de senos, el alargar la nariz, y los implantes para aumentos de senos, nalgas, y pantorrillas, son otros ejemplos comunes. Ejemplos menos conocidos incluyen la discusión de la categoría médica de “infertilidad” la cual también parece que intenta atender un problema social y no biológico (Kukla 2019). Con la ingeniería

¹ *The Giver* (1993) es una novela escrita por Lois Lowry; *Equilibrium* (2002) es una película dirigida por Kurt Wimmer; y *Firefly* (2002-2003) es una serie de televisión creada por Joss Whedon.

² Los autores le llaman “violencia doméstica”. También se conoce como “violencia sexista”, “violencia de género”, y “terrorismo en el hogar” (Card 2002).

³ Ver, por ejemplo, (Earp et al. 2013), (Earp et al. 2017), y (Earp et al. 2015) con sus respectivas referencias. Los autores también tienen una propuesta para la “mejoría” moral a través de la biotecnología. Para una crítica excelente del proyecto de mejoría moral, ver por ejemplo (Paulo and Bublitz 2019).

genética se propone atender más y más problemas sociales a través de la medicina. Se han medicalizado algunas de las experiencias más significativas de la vida como los procesos reproductivos y los procesos de la muerte.⁴ Y ahora se propone oficialmente medicalizar el amor como un tipo de adicción que debe estar bajo manejo médico.⁵

Los autores de la propuesta anti-amor argumentan que llevamos siglos buscando “una cura” para el amor porque que el amor puede causar sufrimiento y puede ser dañino.

The idea of an anti-love remedy—or a “cure” for love—is as old as love itself. References may be found in the writings of Lucretius [...] Ovid [...] Shakespeare [...] and many others, and are tightly linked to the notion that love or infatuation—under certain conditions—can be just like a serious illness: bad for one’s physical and mental health and, in some cases, profoundly damaging to one’s overall well-being. (Earp et al. 2013, 1)

Los autores proveen ejemplos de amores dañinos para la persona enamorada, como deseos de suicidio después de un desamor; y para las demás personas, como casos de lo que se denomina erróneamente como “crímenes pasionales”. Otros ejemplos de amores dañinos que discuten los autores son la pedofilia, y casos más controvertibles como el amor entre castas y amores que no son hetero-normativos, ambos en ciertos contextos socio-culturales. Los autores adoptan una definición de amor como “an emergent property of a cocktail of ancient neuropeptides and neurotransmitters” (2013, 3) que dividen en tres categorías: lujuria, atracción, y apego. Con esa definición psicobiológica del amor, los autores proponen la medicalización del amor: “estar enamorado” debe entenderse como un problema que debe estar bajo manejo médico y sujeto a “curas” a través de distintas biotecnologías.

Los autores señalan que el amor puede afectar la salud y el bienestar como cualquier otra “condición médica”, y que el amor se puede considerar un tipo de adicción:

⁴ Para el ejemplo del parto ver (Davis-Floyd 2004) y (Murphy-Lawless 1998).

⁵ O sea, al igual que “ser homosexual” se definió en medicina (DSM) como algo fuera de lo “normal” y se concibió como una enfermedad; ahora se propone que “estar enamorado” es algo fuera de lo “normal” que podría concebirse como una enfermedad: “It would suggest that being in love literally induces a state which is not normal.” (Earp et al. 2013, 8)

The past decade has seen a dramatic increase in published studies on the neurobiology and neurochemistry of romantic love [...] Taken together, these studies suggest that the subjective state (or states) of “being in love” is intimately tied to characteristic biochemical reactions occurring within the brain. These reactions involve such compounds as dopamine, oxytocin, vasopressin, and serotonin and recruit brain regions known to play a role in the development of trust, the creation of feelings of pleasure, and the signalling of reward [...] The involvement of similar neurochemicals and neural activities in processes associated with addiction has already been well established [...] Consequently, scientists have begun to draw a number of parallels between the naturally rewarding phenomena associated with human love and the artificial stimulation afforded by the use of addictive substances such as alcohol, heroin, or cocaine. (2017, 2)

Los autores también defienden su propuesta argumentando que ya consideramos el amor un problema médico en ciertos contextos. Por ejemplo, utilizamos terapias psicológicas y medicamentos psiquiátricos para tratar problemas entre parejas.⁶ Segundo, los autores argumentan que ya usamos medicinas específicamente con propósitos “anti-amor”. Por ejemplo, el uso de castración química en el caso de pedofilia, y el uso de inyecciones anti-lujuria durante el entrenamiento básico en la milicia. Los autores presentan el caso más extremo de los Yeshivas, quienes administran ciertos anti-depresivos específicamente por sus efectos secundarios con el propósito de disminuir la libido de sus jóvenes para evitar relaciones sexuales pre-maritales. Tercero, los autores mencionan que actualmente existen drogas que usamos con ciertos propósitos que se podrían usar con propósitos anti-amor: existen antagonistas de receptores de oxitocina, que actualmente se usan para detener el parto prematuro, y que los autores proponen usar para reducir el sentimiento de apego en

⁶ Hablo de parejas porque es el enfoque de los autores, pero estas biotecnologías se podrían usar en casos de poliamor u otras relaciones de diseño, ya sea para fomentarlas o para evitarlas.

los casos de “amores dañinos”.⁷ Los autores de hecho acentúan que ya se está usando la oxitocina administrada en la cavidad nasal como parte de tratamiento en consejería de relaciones con el propósito de aumentar la empatía y la comunicación entre parejas. El amor, concluyen los autores, de hecho, ya está medicalizado: se entiende y se atiende como un problema médico en la actualidad.

Los autores también consideran posibles intervenciones futuras, como imitar el efecto Westermarck – la hipótesis de que personas que viven juntas en la infancia se desensibilizan, tal vez por señales olfativas, como parejas sexuales. Me imagino un futuro en el cual se pueda utilizar un aceite, perfume, o fragancia Westermarck cuando una persona no quiera estar atraída a otra en particular. Y me imagino el uso de esa biotecnología como condición de trabajo para evitar romances entre empleados. Los autores también consideran estudios en los cuales ya se han separado la lujuria y el apego (*pair-bonding*) en animales no-humanos. Se ha logrado que mamíferos que son monógamos, como los ratones de campo, tengan comportamiento sexual sin crear lazos de monogamia, y también se ha logrado que creen lazos afectivos de pareja monógama sin tener comportamiento sexual. Hay un sinnúmero de diferentes biotecnologías que se están estudiando con fines anti-amor (o pro-amor), y la imaginación es el límite para sus posibles usos futuros.

Los autores intentan proveer guías éticas generales para el uso de estas biotecnologías. Proponen un marco ético de cuatro condiciones para que sea éticamente permisible utilizar biotecnologías anti-amor:

1. the love in question is clearly harmful and needs to dissolve one way or another;
2. the person would want to use the technology, so there would be no problematic violations of consent;
3. the technology would help the person follow her higher-level goals and commitments instead of her lower-level feelings;

⁷ Utilizo la palabra drogas y medicamentos intercambiamente ya que no existe una buena definición del término ‘droga’, y un medicamento es una ‘droga’ que se usa para propósitos médicos. Para una excelente discusión de los problemas con diferentes definiciones de la palabra ‘droga’ ver (Husak 2002).

4. it might not be psychologically possible to overcome the perilous feelings without the help of anti-love biotechnology—or at least non-biotechnological methods had been already tried or thoroughly considered (2017, 17)

Los autores concluyen que el tratamiento debe estar basado en algún concepto de “bienestar humano” como guía para el uso de estas biotecnologías:

Our allocations of medical and social care should be informed by an appeal to how much a person is made to suffer (or to experience other threats to well-being) through his or her experience of love [...] If we determine that medical or social intervention could be of benefit to a person, then it will be at least potentially appropriate to offer some degree of treatment or support. (2017, 16)

Algunas presuposiciones sexistas en la médico-individualización de problemas sociales

El caso paradigmático de los autores, el que pretende convencernos de que la tecnología anti-amor es útil y se debería utilizar, es un caso de violencia machista. Los autores vislumbran el problema como una mujer que está tan perdidamente enamorada de su pareja, un agresor, que no puede dejarlo a pesar de que él la agrede tan seriamente que a veces ella termina en el hospital. Los autores concluyen que ella tiene que ser medicada – tal vez con antagonistas de receptores de oxitocina y en contra de su voluntad – para no sentir amor por su agresor, poder dejarlo, y por lo tanto resolver el problema de agresión.

Detengámonos un momento a evaluar las presuposiciones sexistas en la construcción del problema y su solución. “El problema” se concentra en la mujer que enfrenta y sobrevive la violencia y no en el peligro actual, que es el agresor.⁸ Este enfoque en los cuerpos de las mujeres como el lugar de riesgo (*site of risk*), en vez de apuntar al peligro real que no está en el cuerpo de la mujer (*danger*), ha sido criticado

⁸ Como un estudiante escribió, porque yo enseñé este tema en mi clase de bioética, si el problema se quiere atender a un nivel tan micro de individuos entonces lo que debemos hacer es darle biotecnología anti-odio al agresor.

a cabalidad por feministas, particularmente en las campañas de prevención de violación y en las campañas de salud sobre los procesos reproductivos.⁹ Es el enfoque de la individuación de problemas sociales que viene del uso del método de “manejo de riesgo” que comenzó en la industria y se transmitió a la medicina. La individuación de los problemas no atiende las causas sociales de los problemas y por lo tanto fracasa en su supuesta meta de resolverlos. En otras palabras, los autores no se han dado a la tarea de entender las causas reales de la violencia machista.¹⁰ Incluso en su ejemplo paradigmático demuestran estar poco informados. No parecen saber que el momento en que una mujer rompe su relación con su agresor, o lo abandona, es el momento más peligroso para su vida; que una mujer frecuentemente no tiene la manera de irse sin dejar a sus hijos/hijas, o a sus mascotas en peligro; o que una mujer frecuentemente no tiene independencia económica para irse con sus hijos/hijas y su alternativa sería quedarse, ella y sus hijos/hijas, sin hogar. El que una mujer no esté enamorada, que es el caso de muchas mujeres fuera de la visión sexista romántica de la violencia de género, no soluciona el problema del peligro que es el agresor ni el problema real de tener las herramientas o ayuda para poder separarse del agresor.¹¹ Cuando se entiende que el problema no es un amor extremo por el agresor, se puede pensar en soluciones reales. Hay un sinnúmero de barreras sociales, incluyendo expectativas de los demás y sentimientos de culpa de una mujer por “romper la familia”, y barreras prácticas, como falta de independencia económica, y ayuda legal, que le dificultan a las mujeres escapar de sus agresores, que se deben atender para que las mujeres puedan, de hecho, salir del terror en su hogar.¹²

⁹ Ver por ejemplo, (Hall 2004), (Barnhill and Morain 2015), (Gavrell 2007), (Kukla 2008), (Burgess-Jackson 1994).

¹⁰ Ver, por ejemplo (Card 2002). Paulo y Bublitz (2019) critican a los autores por razones similares en el contexto de la propuesta de ‘mejoría moral’ a través de biotecnología: los autores proponen soluciones a problemas éticos globales sin entender las causas reales.

¹¹ En el área que se denomina ‘ética aplicada’ no es inusual que se escriba de asuntos sobre los cuales no han investigado lo suficiente (porque la ética se puede aplicar a cualquier cosa). Pasa en el tema del parto, por ejemplo, cuando se asume que la visión obstétrica del mundo es cierta; y en la ética de animales no-humanos, cuando se asume que los animales no-humanos no tienen autonomía. Para leer los estudios de la autonomía como un continuo, ver (Thomas 2016).

¹² Ver, por ejemplo, (Warrington 2001), (Ortiz N et al. 1996), y (WHO 2021).

En otros casos, los autores se concentran, correctamente, en el peligro real. En el ejemplo de tratar la pedofilia con castración química, afortunadamente, y contrario al caso de violencia doméstica anterior, los autores se enfocan en atender el peligro real, el agresor, y no en medicalizar a los menores que experimentan la violencia. Pero al enfocarse en el peligro real, entonces no tiene sentido su propuesta de cuatro condiciones éticas para el uso de la biotecnología. No parece pertinente como guía ética respetar la autonomía del pedófilo, o que el pedófilo pueda seguir sus *higher-level goals* como condición.¹³ En casos en los cuales una persona le hace un daño directo a otra persona solamente necesitamos la primera condición: se debe encarcelar, castrar, medicar, o remover de la sociedad, a un agresor para evitar daño a las demás personas. Que el agresor quiera utilizar la biotecnología, o que pueda seguir sus metas de vida a largo plazo, es algo positivo, pero no es éticamente relevante como condición de detener un daño a otras personas. Cuando nos concentramos en aplicar la biotecnología al peligro real a nivel individual parece más convincente la propuesta. Sin embargo, en ambos ejemplos se ignoran las condiciones sociales que permiten o fomentan la existencia de las agresiones machistas de tantos tipos hacia mujeres y menores. Sin saber las causas reales de los problemas que se intentan resolver, la biotecnología anti-amor no es una propuesta para un cambio real a largo plazo. Y como curita para (supuestamente) resolver a corto plazo hasta los problemas más severos de violencia machista, podría desviar la atención y los recursos para vislumbrar soluciones reales para futuros alternos.¹⁴

Antes de pasar a otra discusión, quisiera recalcar otro *blind spot* sexista en la discusión de los autores. En su esfuerzo por definir el amor como un tipo de adicción, los autores comparan los efectos biológicos y neurológicos del amor, los comportamientos de las personas enamoradas, y las posibles

¹³ La necesidad de esa cuarta condición ética no la discutiré porque ni los autores la defienden bien e implica pensar por qué la biotecnología no debe ser la primera línea de tratamiento.

¹⁴ Interesantemente, las restricciones por la pandemia han exacerbado el problema de violencia machista en muchos ámbitos, incluyendo el de violencia doméstica: "Lockdowns during the COVID-19 pandemic and its social and economic impacts have increased the exposure of women to abusive partners and known risk factors, while limiting their access to services." (WHO 2021).

consecuencias del amor para el bienestar humano, con los efectos del uso de algunas drogas, como la cocaína y la heroína, con el uso de otras que ellos llaman “naturales” como el azúcar, y con los efectos de ciertas actividades como el ejercicio y el sexo (Earp et al. 2017). Tratando de encontrar diferencias entre el uso de ciertas drogas y un orgasmo, los autores citan una revista médica para argumentar que las drogas muchas veces aumentan los deseos de volver a usarlas inmediatamente, mientras que luego de un orgasmo hay una aversión inmediata al acto sexual y se requiere un tiempo antes de volver a desearlo: “For example, the building-up of sexual desire often precedes a sexual act [...] after which it quickly decreases and then takes time to recover its initial level of intensity. Addictive stimulants, on the other hand, often rebuild high levels of desire immediately after drug consumption.” (2017, 8) Una vez más podemos ver el gran desconocimiento de los autores de la plétora de críticas feministas a los estudios y explicaciones evolutivas de sexualidad humana. Según los estudios que incluyen mujeres, nosotras no necesitamos ese momento de descanso, y por el contrario aumenta el deseo inmediatamente después de un orgasmo (Lloyd 1993). Utilizando estudios que incluyan a las mujeres, los autores tendrían que llegar a conclusiones bastante diferentes. Y esto es solo un ejemplo en su discusión general. Desde un punto de vista sin perspectiva de género pretenden llegar a argumentos de tratamientos generalizados para el amor contribuyendo a continuar y fomentar el sexismo en la práctica médica.

“Estoy enamorada. Tengo que ir al doctor.”

En discusiones sobre asuntos de biotecnología manejada por médicos para alterar experiencias humanas significativas, tenemos que estar alerta a las *intersecciones* entre nuestras creencias y valores tecnológicos actuales, nuestros pre-juicios socio-culturales, el mercado privado, las leyes, y la profesión de la medicina, en la teoría y en la práctica, en un contexto pseudocientífico sexista. Como en el análisis de los autores en el caso de violencia doméstica, se recomienda la medicalización de las mujeres porque, como el problema se conceptualiza a nivel individual, se tienden a ignorar sus causas sociales, y el enfoque es en cambios a lo que llaman ‘estilos de vida’ de los individuos. Como mencioné, las campañas de salud y

seguridad sobre el embarazo y sobre la violación han fracasado por no enfocarse en las causas reales de los problemas. Peor aún, dentro del contexto de la medicalización de las experiencias de la vida, intentos de mejoría basados en “fe en la tecnología” sin estudios que demuestren evidencia de beneficio, pueden tener como resultado exacerbar los problemas.

Daré dos ejemplos actuales en procesos reproductivos ya que son experiencias humanas significativas que han estado medicalizadas por un largo periodo de tiempo, y, por lo tanto, son buenos ejemplos históricos para entender lo que podría sucederle a la experiencia de amar, que, al igual que los procesos reproductivos, conlleva riesgos a la salud y la vida (el caso paradigmático de la violencia machista).

El parto: El uso del monitor fetal electrónico para monitoreo continuo en partos de bajo riesgo jamás ha demostrado beneficio para una parturienta y un neonato, y de hecho aumenta los riesgos a la salud y vida de ambos, y sin embargo se ha convertido y continúa siendo el estándar de cuidado en la práctica obstétrica en partos hospitalarios (Gavrell 2021; Sartwelle 2018). Cambiar el estándar de cuidado, aunque ese estándar cause la muerte de más pacientes, es complicado, entre otras cosas porque el uso de tecnologías promueve la interpretación de las experiencias dentro de un contexto que se normaliza, y luego es difícil cambiar la percepción pública (Spector-Bagdady et al. 2017; Oberman 2017). En el caso del monitor fetal electrónico, cuando se adoptó el dispositivo para todos los partos de bajo riesgo, como su uso a su vez aumenta el uso de instrumentos durante el parto y la tasa de cesáreas (y ambos aumentan los riesgos iatrogénicos comparado a la auscultación intermitente), su uso fomentó la percepción de que los partos clasificados como bajo riesgo se complican frecuentemente y que por lo tanto es esencial usar un monitor fetal (Kunisch 1989). La adopción del monitor fetal electrónico es un ejemplo de lo que Ina May Gaskin (2011) llama un “mito tecnológico” o la “fe en la tecnología”: los doctores pensaron, sin evidencia, que una máquina sería mejor que un ser humano monitoreando a una parturienta. En los Estados

Unidos y Puerto Rico las parturientas hoy día tienen más riesgo de morir que el que sus madres tenían.¹⁵

El aborto: Comparando la medicalización del amor con la medicalización del aborto, los autores argumentan que medicalizar el aborto tuvo buenas consecuencias porque un acto criminal (aborto ilegal) se convirtió en un acto médico (aborto medicalizado). Al parecer los autores solamente puedan concebir la experiencia del aborto de esas dos formas. Sin embargo, en un futuro alterno podríamos tener la decriminalización y la de-medicalización del aborto. Las mujeres pueden abortar en sus hogares (con varios métodos, incluyendo drogas que compran en la farmacia sin receta), al igual que pueden parir en sus hogares, sin manejo médico.¹⁶ Abortar en el hogar, sobre todo después de la pérdida parcial de un bebé deseado, podría ser un cambio sumamente positivo. A muchas personas se les hace difícil concebir el parto y el aborto (y hasta la muerte) como experiencias que no deben estar bajo el manejo médico, y que pueden ser experiencias rodeadas de amor en el hogar. El que sea difícil concebir estas experiencias humanas sin manejo médico fortalece mi argumento sobre el cambio eventual que puede ocurrir en la percepción de la experiencia de amar.

En el caso de la medicalización del amor, una pensaría que el normalizar el “estar enamorado” como una adicción o enfermedad psicobiológica, cambiaría esa experiencia. Si hay problemas en las relaciones, la solución se vislumbrará como “ir al médico”. De hecho, los autores proponen exactamente eso, y recalcan que ya se está usando la oxitocina intra-nasal como parte de tratamiento en consejería de relaciones. Tal vez este caso convence a la audiencia. Tal vez es mejor que nuestra percepción del amor romántico actual, o un amor digital (dejar que las computadoras escojan nuestras parejas con algoritmos). Y tal vez parece inofensivo porque ahora que no tenemos la visión generalizada y normalizada del amor como un problema

¹⁵ CDC, Pregnancy Mortality Surveillance System <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm>. Recuperado julio 31, 2021.

¹⁶ Para un ejemplo del movimiento actual de de-medicalización del aborto, ver (Presser L 2018). El aborto también puede estar parcialmente medicalizado utilizando drogas con receta médica para abortos en el hogar (Miranda Ollstein A and Tahir D 2021). Para argumentos en contra de la criminalización y medicalización de las drogas – defendiendo su uso para propósitos recreacionales sin necesidad de recetas – ver por ejemplo (Husak 2002).

médico. Habría que ver qué pasa cuando el amar se vislumbra como una experiencia médica, así como muchas personas ahora vislumbran las experiencias del parir y del morir. (Hemos medicalizado hasta el comer: pensamos en la salud como valor principal. Y hemos normalizado las recomendaciones médicas dominantes del momento histórico: comer tres veces al día y seguir la “pirámide alimenticia”.¹⁷) Al medicalizar el amor también adoptaríamos los valores dominantes en la medicina en este momento histórico: la discusión de los autores cae bajo la presuposición de un marco hetero-normativo y de exclusividad sexual entre dos personas, que está normalizado, y además al parecer acepta una concepción de “éxito en el amor” como longevidad de la relación.¹⁸

El cambio, eventual, a una percepción medicalizada de “estar enamorado@” es uno de los problemas más graves de esta propuesta. Y el asunto es más serio que simplemente saber que la falta de amor y de relaciones sociales aumenta los riesgos a la salud física y mental, a veces tanto como fumar 15 cigarrillos al día, y dos veces más que la obesidad.¹⁹ Las correlaciones entre el amor y la salud no alteran la percepción del amor como experiencia en su totalidad. Por ejemplo, hay una gran diferencia entre amar las fiestas o a una persona, y saber que eso contribuye a mejorar la salud, a pensar que cuando se tenga un problema en esos ámbitos se debe resolver a través de la medicina. La medicalización cambia la percepción del mundo y de lo que podemos imaginar en cuanto a experiencias humanas, y a largo plazo, el cambio en percepción es difícil de revertir. Eventualmente se nos podría hacer difícil (y a algunas personas, imposible) concebir “estar enamorado@” como una experiencia fuera del ámbito del manejo médico. La medicalización se sigue extendiendo a la vida entera dentro del marco cultural actual. Por ejemplo, se argumenta que hasta la pobreza se ha medicalizado para poder recibir ayuda económica del gobierno en los Estados Unidos (Hansen, Bourgois, and Drucker 2014).

¹⁷ Pensamos que poca variedad de comida es ‘normal’. Para un caso interesante de la interrelación entre la tecnología y la variedad de comida, ver (Kramer 1991).

¹⁸ Los autores aceptan las presuposiciones de que los humanos somos una especie principalmente monógama (Earp et al. 2017, 6) y de que el amor está principalmente conectado a la reproducción por razones evolutivas (2017, 8).

¹⁹ Ver por ejemplo (Novotney 2019).

“Amor como adicción”: Autonomía, paternalismo médico, e intervenciones secretas

Mi primera reacción al leer sobre las propuestas anti-amor (y de “mejoría” moral) fue horrorizarme ante las similitudes con la ciencia ficción (me acordó a *Firefly*, mi programa favorito). Tenemos buenas razones para pensar que tratar de controlar las pasiones humanas a través de la medicina puede traer problemas de violación de autonomía individual, y control de poblaciones enteras a través de gobiernos con médico-dictaduras.

Los autores sugieren que, por los cambios neurológicos en las personas “enamoradas” o en “alguna relación social”, y utilizando ciertas definiciones de adicción: “*everyone* who loves is technically addicted.” (Earp et al. 2017, 16) La adicción es un concepto difícil de definir y controvertible en filosofía. Sin embargo, como ya mencioné, los autores argumentan que el tratamiento médico del amor solamente se le debe ofrecer a las personas cuyo “amor” sea dañino a su bienestar: “our allocations of medical and social care should be informed by an appeal to how much a person is made to suffer (or to experience other threats to well-being) through his or her experience of love.” (2017, 16) Por lo tanto, la discusión sobre el tratamiento adecuado depende de cómo se defina bienestar (¿individual, social, satisfacción de preferencias, acercamientos “objetivos”?). El concepto de bienestar también es difícil de definir (y se nota la confusión en la discusión de los autores sobre el amor “homosexual” y entre “castas”), y los autores admiten que las definiciones de enfermedad y bienestar dependen de nuestros valores:

Our definitions of psychiatric illness, therefore, are essentially holistic rather than purely naturalistic; they are based inevitably on judgments of value—or in other words, ethical judgments. At base, these judgements relate certain states of biology or psychology to well-being: when a state either constitutes or creates harm, it may come to be defined as a disease and thereby mark itself out as a candidate for treatment. Given this inherent value-ladenness, we suggest, in defining some condition as a disease or a disorder, we should consider

a range of different outcomes that would rest from the application of such a label. We must consider who we think should have excuses for their behavior; who should receive support from friends or from the state; who should be an object of medical research; and (above all) who should receive treatment. These outcomes must be assessed on a range of moral and practical grounds, such as the suffering experienced by the afflicted person; the degree to which her “addiction” undermines her ability to act on her preferences or execute her plans; and the extent to which it compromises important social relationships, impedes the development of her talents, impoverishes her interaction with the world, and so on. (2017, 13)

He argumentado que en el análisis de los autores y en la práctica actual de la medicina, se presenta el sexismo tanto en los estudios científicos (el caso del orgasmo) como en la conceptualización de los problemas (el caso de violencia de género). El medicalizar a la sobreviviente de violencia machista no contribuye a su bienestar si no se entienden las causas reales, y por lo tanto las soluciones reales, del problema. Peor aún, tenemos razones para pensar que aunque el concepto de bienestar se defina de manera no controvertible, como en términos de salud física a corto plazo, de todos modos no se utilizará para guiar las prácticas médicas dentro de nuestros contextos culturales machistas: ya mencioné que se sigue usando el monitor fetal electrónico como estándar de cuidado a pesar de que sabemos que aumenta los riesgos a la salud y la vida de las mujeres.

El definir “estar enamorado@” como una adicción sugiere que esta “condición” – basada en un objeto o en un proceso – nos impide ser realmente personas autónomas: si tenemos una adicción pensamos que de alguna forma no estamos en control de nuestros deseos o nuestras acciones. En un contexto médico, cuando una persona no es competente, el término legal para una persona que no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones, se imponen intervenciones médicas con argumentos de paternalismo médico. El argumento del amor como adicción se está proponiendo dentro de un contexto cultural machista y paternalista: la historia de la medicina abunda con ejemplos de intervenciones médicas impuestas en

las mujeres usando el argumento de paternalismo médico. Para un ejemplo actual, en septiembre reportaron que las mujeres en el centro de *Immigration and Customs Enforcement* (ICE) de los Estados Unidos están siendo esterilizadas en contra de su voluntad utilizando argumentos paternalistas (Moore 2020). Las esterilizaciones de ciertos grupos de mujeres es una práctica común en la historia de los Estados Unidos y Puerto Rico.²⁰ Y la coerción para acceder a cesáreas, y su imposición a través de métodos legales incluso en contra de la voluntad de la parturienta, es una práctica actual que se ha exacerbado, injustificadamente, con la pandemia del coronavirus (Rea D, Carrión L, and Cariboni D 2020). El “amor como adicción” sienta las bases no solamente para medicalizar a las mujeres que enfrentan la violencia de género bajo un pretexto de paternalismo médico, sino para clasificar a cualquier persona enamorada como “adicta al amor”. Esto permitiría declarar como incompetente (legalmente incapaz de ejercer su autonomía) a cualquier persona enamorada, justificando la imposición de tratamiento con biotecnología anti-amor utilizando argumentos de paternalismo médico.

Para problematizar más el asunto, estamos dentro de un contexto global en el cual autores con el mismo proyecto de “mejoría humana” han propuesto utilizar los sistemas de agua en secreto, à la *Firefly*, para lo que ellos llaman *moral bioenhancement* “mejoría moral” de poblaciones enteras.²¹ Sin abundar en los problemas teóricos de cómo escoger las teorías en ética que quieren imponer como “mejoría moral”, si el amor se categoriza como una adicción en la próxima edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) from the American Psychological Association, debemos estar bien preocupados. En el mundo actual me puedo imaginar la imposición de antagonistas de receptores de oxitocina para personas que tienen citas o *one-night stands* durante el coronavirus, o alguna epidemia futura, con un

²⁰ *La operación* (1982) documental de Ana María García (<https://www.youtube.com/watch?v=qQN187lfn8I>). Recuperado julio 31, 2021.

²¹ Increíblemente, defienden las intervenciones secretas argumentando que promueven la equidad: “A covert program better promotes equality, because by keeping the program covert to everyone, the program ensures that all participants are treated equally. It is totally impartial.” (Cook M 2018)

argumento de paternalismo médico.²² De hecho, me puedo imaginar la imposición de antagonistas de receptores de oxitocina en el agua de la población, y en secreto, como un intento de disminuir la interacción social de las personas durante alguna futura pandemia mundial. Tristemente me imagino que se empezaría con el agua de Puerto Rico, ya que históricamente hemos sido un laboratorio de Estados Unidos para intervenciones a la población.

Estas propuestas son reales; ya no estamos en el ámbito de la ciencia ficción. Y en el parto ya han empezado con lo que yo llamo los experimentos de oxitocina con humanas. Primero disminuyen la producción de oxitocina del cuerpo de una parturienta con intervenciones obstétricas protocolarias e innecesarias, y el parto se detiene. Luego administran oxitocina artificial por vena (que de hecho no funciona de la misma manera) para acelerar el parto, un procedimiento que aumenta el uso de cirugías riesgosas. Ahora proponen administrar oxitocina artificial pos-parto para ayudar a fomentar amor por el neonato que nace por cesárea y disminuir la depresión de la madre. Interesantemente, la propuesta de antagonistas de receptores de oxitocina como tratamiento en la propuesta anti-amor puede terminar disminuyendo los niveles de la oxitocina a nivel global. Esto va en contra de la propuesta de mejoría moral de los mismos autores, que pretende fomentar ciertos tipos de empatía a través del uso de oxitocina. Parece un mundo de *technology gone wild*.

Walmart va a implementar el uso de autos sin conductor (con una campaña de mercadeo de autos eco-amigables) y Honda anunció que los producirá en masa.²³ Como esos autos

²² En los días que escribo estas páginas se firmó una orden ejecutiva que le requiere a los empleados de gobierno la vacunación contra el coronavirus, con una vacuna aprobada por el FDA para uso de emergencia, como condición de trabajo. Los expertos nos advierten que vendrán más pandemias futuras si no modificamos nuestra relación con los animales no-humanos, ya que dicha relación origina el contagio. La vacuna es solamente una solución a corto plazo que puede distraer la atención y los recursos que se necesitan para una solución real para futuros alternos. Además, si la verdadera meta es disminuir la pandemia global, sería preferible que, en lugar de socavar la autonomía individual, se obligara a Big Pharma a proveerle gratuitamente la vacuna (cuyo desarrollo pagó el gobierno y que es negocio para Big Pharma) a los países que no tienen suficientes para las personas que autónomamente se quieren vacunar. Pueden ver mi blog sobre este tema en (<https://saragavrell.weebly.com/blog>).

²³ *Walmart Invests in Self-Driving Car Company* (4/15/21). <https://progressivegrocer.com/walmart-invests-self-driving-car-company>. Recuperado julio 31, 2021. Todavía los autos sin conductor no están disponibles para el uso público y ya hubo un caso de un auto sin conductor que atropelló peatones en abril de 2021: *Two*

han sido programados con ciertas respuestas en casos de emergencia, como por ejemplo decidir entre atropellar a una pareja o a una persona mayor, ya se han decidido qué teorías en ética se están *imponiendo* en la sociedad. Cathy O’Neil, la autora de *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy*, nos acuerda que los algoritmos son “opinions embedded in code” (2016). Y el bioeticista Carl Elliott lleva gran parte de su carrera criticando la creación de “desórdenes”, “condiciones”, y “síndromes”, y argumentando que el DSM está bajo la influencia de Big Pharma y el sistema legal.²⁴ Independientemente de lo que se piense del uso voluntario de biotecnología a nivel individual para fomentar o para disminuir la lujuria, el apego, y la atracción, que es lo que los autores denominan como “el amor”; la propuesta de que se incluya el “amor como adicción” como una categoría en el DSM-V es preocupante para la autonomía de todos los seres humanos.

Referencias

- Barnhill, Anne, and Stephanie R. Morain. 2015. “Latch On or Back Off? Public Health, Choice, and the Ethics of Breast-Feeding Promotion Campaigns.” *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 8 (2).
<https://doi.org/10.3138/ijfab.8.2.139>.
- Burgess-Jackson, Keith. 1994. “Justice and the Distribution of Fear.” *The Southern Journal of Philosophy* 32 (4).
<https://doi.org/10.1111/j.2041-6962.1994.tb00721.x>.
- Card, Claudia. 2002. *The Atrocity Paradigm: A Theory of Evil*. Oxford University Press.
- Cook M. 2018. “Protecting the World through Moral Bioenhancement.” *BioEdge*, September 2, 2018.
<https://www.bioedge.org/bioethics/protecting-the-world-through-moral-bioenhancement/12795>.

Killed in Driverless Tesla Car Crash, Officials Say (4/18/21)
 (<https://www.nytimes.com/2021/04/18/business/tesla-fatal-crash-texas.html>).

²⁴ Ver por ejemplo (Elliott 2010; Elliott 2004).

Davis-Floyd, Robbie E. 2004. "The Technocratic Model." In *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.

<https://doi.org/10.1525/california/9780520229327.003.0003>.

Earp, Brian D., Anders Sandberg, and Julian Savulescu. 2015. "The Medicalization of Love." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 24 (3).

<https://doi.org/10.1017/S0963180114000206>.

Earp, Brian D., Olga A. Wudarczyk, Bennett Foddy, and Julian Savulescu. 2017. "Addicted to Love: What Is Love Addiction and When Should It Be Treated?" *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 24 (1).

<https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0011>.

Earp, Brian D., Olga A. Wudarczyk, Anders Sandberg, and Julian Savulescu. 2013. "If I Could Just Stop Loving You: Anti-Love Biotechnology and the Ethics of a Chemical Breakup." *The American Journal of Bioethics* 13 (11).

<https://doi.org/10.1080/15265161.2013.839752>.

Elliott, Carl. 2004. *Better than Well: American Medicine Meets the American Dream*. WW Norton & Company.

———. 2010. *White Coat, Black Hat: Adventures on the Dark Side of Medicine*. Beacon Press.

Gaskin, Ina May. 2011. "Birth Matters." *A Midwife's Manifesta*. New York.

Gavrell S. 2021. "Obstetrics' Security Blanket: The Case of Continuous Electronic Fetal Monitoring in Healthy Births." *Women in Philosophy*. July 2021.

<https://blog.apaonline.org/2021/07/14/obstetrics-security-blanket-the-case-of-continuous-electronic-fetal-monitoring-in-healthy-births/>.

Hall, Rachel. 2004. "It Can Happen to You': Rape Prevention in the Age of Risk Management." *Hypatia* 19 (3).

<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2004.tb01299.x>.

Hansen, Helena, Philippe Bourgois, and Ernest Drucker. 2014. "Pathologizing Poverty: New Forms of Diagnosis, Disability, and Structural Stigma under Welfare Reform." *Social Science & Medicine* 103 (February).

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.033>.

Husak, Douglas N. 2002. *Legalize This!: The Case for Decriminalizing Drugs*. Verso.

Kramer, Mark. 1991. "The Ruination of the Tomato." *Controlling Technology: Contemporary Issues*, Prometheus Books, Buffalo, 131-41.

Kukla, Rebecca. 2008. "Measuring Mothering." *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 1 (1). <https://doi.org/10.3138/ijfab.1.1.67>.

— — —. 2019. "Infertility, Epistemic Risk, and Disease Definitions." *Synthese* 196 (11). <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1405-0>.

Kunisch, Judith. 1989. "Electronic Fetal Monitors: Marketing Forces and the Resulting Controversy." *Healing Technology: Feminist Perspectives*.

Lloyd, Elisabeth A. 1993. "Pre-Theoretical Assumptions in Evolutionary Explanations of Female Sexuality." *Philosophical Studies* 69 (2-3). <https://doi.org/10.1007/BF00990080>.

Miranda Ollstein A, and Tahir D. 2021. "Will At-Home Abortions Make Roe v. Wade Obsolete?" *Politico*, 2021. <https://www.politico.com/news/2021/03/20/abortion-pills-telemedicine-477234>.

Moore S. 2020. "ICE Is Accused of Sterilizing Detainees. That Echoes the U.S.'s Long History of Forced Sterilization." <https://www.washingtonpost.com/politics/2020/09/25/ice-is-accused-sterilizing-detainees-that-echoes-uss-long-history-forced-sterilization>. September 25, 2020. <https://www.washingtonpost.com/politics/2020/09/25/ice-is-accused-sterilizing-detainees-that-echoes-uss-long-history-forced-sterilization>.

Murphy-Lawless, Jo. 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Indiana University Press.

Novotney, Amy. 2019. "The Risks of Social Isolation." *Monitor on Psychology*, American Psychological Association, Vol 50, No. 5. <https://www.apa.org/monitor/2019/05/ce-corner-isolation>.

- Oberman, Michelle. 2017. "The Sticky Standard of Care." *Hastings Center Report* 47 (6). <https://doi.org/10.1002/hast.782>.
- Ortiz N, Lopez M, Pantoja J, and Perez I. 1996. *Hasta Que La Muerte Los Separe : La Violencia Doméstica En Puerto Rico*. Puerto Rico: Comisión para los Asuntos de la Mujer. <https://www.worldcat.org/title/hasta-que-la-muerte-los-separe-la-violencia-domestica-en-puerto-rico/oclc/39148175>.
- Paulo, Norbert, and Jan Christoph Bublitz. 2019. "How (Not) to Argue For Moral Enhancement: Reflections on a Decade of Debate." *Topoi* 38 (1). <https://doi.org/10.1007/s11245-017-9492-6>.
- Presser L. 2018. "Inside the Secret Network Providing Home Abortions across the US." *The Guardian*, August 27, 2018. <https://www.theguardian.com/world/2018/aug/27/inside-the-secret-network-providing-home-abortions-across-the-us>.
- Rea D, Carrión L, and Cariboni D. 2020. "Mujeres de América Latina 'Bajo Presión' Para Aceptar Cesáreas Durante La Pandemia." *OpenDemocracy*. June 16, 2020. <https://www.opendemocracy.net/es/5050/mujeres-de-america-latina-bajo-presion-para-aceptar-cesareas-durante-la-pandemia/>.
- Sartwelle, Thomas, and James Johnston. 2018. "Continuous Electronic Fetal Monitoring during Labor: A Critique and a Reply to Contemporary Proponents." *The Surgery Journal* 04 (01). <https://doi.org/10.1055/s-0038-1632404>.
- Spector-Bagdady, Kayte, Raymond de Vries, Lisa Hope Harris, and Lisa Kane Low. 2017. "Stemming the Standard-of-Care Sprawl." *Hastings Center Report* 47 (6). <https://doi.org/10.1002/hast.781>.
- Thomas, Natalie. 2016. *Animal Ethics and the Autonomous Animal Self*. Springer.
- Warrington, Molly. 2001. "I Must Get out?: The Geographies of Domestic Violence." *Transactions of the Institute of British Geographers* 26 (3). <https://doi.org/10.1111/1475-5661.00028>.
- Wimmer K. 2002. *Equilibrium (Film)*. Dimension Films.

World Health Organization. 2021. "Violence against Women." March 9, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.