

# CONSTRUÏNT IDENTITATS BIOMEDICALITZADES. LA IDENTITAT AGORAFÒBICA EN LES COMUNITATS VIRTUALS D'ATENCIÓ DE FACEBOOK

ASSUMPTA JOVER LEAL  
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

## R E S U M

EN EL PRESENT ARTICLE S'ANALITZEN LES ENTRADES PRODUÏDES EN TRES GRUPS DE LA XARXA SOCIAL FACEBOOK QUE FUNCIONEN COM A COMUNITATS VIRTUALS D'ATENCIÓ, CREATS I UTILITZATS PER PERSONES DIAGNOSTICADES D'AGORAFÒBIA. L'OBJECTIU D'AQUEST ARTICLE ÉS EL D'EXPLICAR COM ES CONSTRUEIX I SIGNIFICA LA IDENTITAT BIOMEDICALITZADA AGORAFÒBICA EN AQUESTES COMUNITATS. COM A ESTRATÈGIA METODOLÒGICA ENS FEM SERVIR DE LA NETNOGRAFIA I DE L'ANÀLISI DE DISCURSOS DE LES ENTRADES. COM A CONCLUSIÓ, PODEM DIR QUE LA IDENTITAT BIOMEDICALITZADA AGORAFÒBICA ES CONSTRUEIX EN AQUESTES COMUNITATS: A) A PARTIR DE LA IDENTIFICACIÓ AMB LES PERSONES AGORAFÒBIQUES I L'ALTERITAT RESPECTE A AQUELLES NO AGORAFÒBIQUES; B) COM UNA IDENTITAT ESSENCIALISTA PERÒ TAMBÉ POSICIONAL; C) COM UNA IDENTITAT MÚLTIPLE; I D) COM UNA IDENTITAT DISCURSIVO-MATERIALISTA. TAMBÉ S'OBSERVA COM L'ASSUMPCIÓ PER PART DE LES PERSONES USUÀRIES DELS GRUPS DEL DISCURS MÈDIC AGORAFÒBIC IMPLICA LA REPETICIÓ D'AQUEST EN FORMES QUE ESCAPEN AL MATEIX DISCURS.

## PARAULES CLAU

COMUNITATS VIRTUALS, DISCURS MÈDIC, IDENTITATS, RESISTÈNCIES.

RECEPCIÓ: ABRIL 2021  
ACEPTACIÓ: MAYO 2021

## INTRODUCCIÓ

La biomedicina esdevé hui dia la ciència encarregada de la descripció i gestió dels nostres cossos, una competència assolida i legitimada per l'autoritat que detenta des de finals del segle XVIII i principis del segle XIX. Aquesta descripció i gestió pren, per a Michel Foucault (1977), la forma de control dels cossos gràcies al poder social de la medicina, un poder que Foucault conceptualitza com a "biopoder" i que marca, encara hui com fa dos segles, les estratègies per les quals es mou aquesta institució.

El biopoder, un dels conceptes més famosos i productius d'aquells desenvolupats per Foucault, és utilitzat per aquest per a referir-se a la pràctica dels estats moderns d'explotar diverses tècniques i estratègies per subjugar els cossos i controlar socialment les poblacions.

En aquest treball definim el biopoder a partir de dues característiques principals. La primera d'elles, que identifiquem amb l'àmbit macro/meso, ens mostra un poder al servei no ja sols del nivell més general dels Estats, com es va conceptualitzar en un principi, sinó ubicat també en "institucions

subestatal” com són la institució mèdica (Rabinow i Rose, 2006). La segona característica ens parla del biopoder no com una entitat unitària i visible orientada a la dominació i la subjugació sinó més aviat com una relació estratègica en forma d'organització social l'ordre de la qual és mantingut tàcitament (Grau-Muñoz, 2012), un poder per a produir eix ordenament que no és sols repressiu sinó principalment productiu, productor de coneixement i de subjectivitats també en una escala micro.

Un concepte inherent al biopoder és la biopolítica. Si el biopoder és una forma de poder, la biopolítica és la implantació d'aquest poder en el govern i la gestió dels individus i les poblacions, això és, la forma que pren el biopoder com a estratègia de govern. Va ser a les conferències realitzades en el *Collège de France* la dècada de 1970 on Foucault va conjuminar els seus estudis sobre el biopoder i la biopolítica amb el seu interès per la institució mèdica, en concret per la institució psiquiàtrica, ocupant-se de tractar de comprendre de quina manera coneixements com la psiquiatria estableix formes de governar les persones, això és, com la psiquiatria esdevenia una estratègia mèdica biopolítica. El que l'autor va exposar en aquestes conferències va ser l'emergència d'una nova configuració epistemològica del saber psiquiàtric ocorreguda en la segona meitat del segle XIX. Una nova configuració epistemològica que va possibilitar la construcció del que l'autor anomena com a una psiquiatria ampliada dedicada a tractar, ja no tant l'alienació mental com feia la psiquiatria clàssica, sinó fonamentalment dedicada a medicalitzar i psiquiatritzar les més variades conductes quotidianes, una psiquiatria emmarcada en el que Foucault conceptualitzarà com “la medicina de lo no patológico” (Foucault, 2001).

Anys després és Peter Conrad (1992) qui planteja una definició sobre el procés de medicalització que s'ha convertit en referència en l'àmbit de la sociologia de la salut. Per a aquest autor la medicalització descriu un procés pel qual problemes no mèdics es defineixen i tracten com a problemes mèdics, usualment en termes de malalties i trastorns.

Paul Rabinow i Nikolas Rose (2006) proposen que, perquè una estratègia, activitat o actuació pugui ser considerada com a biopolítica ha d'incloure

necessàriament un o més discursos de veritat sobre el caràcter “vital” dels éssers humans vius, i una sèrie d'autoritats considerades competents per a dir aquesta veritat, així com estratègies d'intervenció sobre l'existència col·lectiva en nom de la vida i la salut erigides sobre la base del coneixement i l'autoritat. El pas que va de les formes de coneixement a les pràctiques d'actuació avalades per l'autoritat serà possible per a aquests autors a partir de l'aliança que Foucault anomena saber/poder (Rabinow i Rose, 2006). Però a més d'unes formes de coneixement i unes pràctiques d'intervenció sobre la base d'aquest coneixement i l'autoritat que posseeix aquest coneixement, les estratègies biopolítiques impliquen sobretot uns modes de subjectivació a través dels quals els individus són portats a treballar sobre si mateixos, baix unes certes formes d'autoritat, en relació als discursos de veritat, per mitjà de pràctiques del jo, en nom de la seua pròpia vida o salut, la de la seua família o alguna altra col·lectivitat, o fins i tot en nom de la vida o la salut de la població en el seu conjunt (Rabinow i Rose, 2006).

Sandra Caponi (2016) analitza en un dels seus treballs, a partir dels conceptes i teories de Foucault i la seua “hermenèutica del subjecte”, el procés pel qual es produeix la identificació dels nostres pacients amb categories psiquiàtriques, i com aquesta identificació porta a la construcció de noves identitats que, a partir de l'enunciació de diagnòstics psiquiàtrics, configura un nou mode de vincular-nos amb nosaltres mateixos propi de la modernitat tardana. Un procés que l'autora, prenent com exemple els termes utilitzats per Foucault, anomena “hermenèutica psiquiàtrica de sí”. Per a aquesta autora, la psiquiatria actual posa en funcionament modes de subjectivació que, sota l'acceptació de certes veritats i certes formes d'autoritat, passaran a condicionar el mode en què els subjectes es relacionen amb ells mateixos i amb els altres, el mode com s'entenguen i es representen, el mode com es visquen i experimenten.

Per a poder entendre com funciona el procés de subjectivació psiquiàtric és necessari atendre al concepte foucaultí de governamentalitat. Foucault defineix la governamentalitat com “l'art del go-

vern” que exerceix el control a partir d’una sèrie de tecnologies que lliguen als individus a una veritat sobre si mateixos (Foucault, 2001). Aquest concepte parla, doncs, de la construcció subjectiva de l’individu a partir del vincle entre subjecte i veritat, a partir d’una sèrie de tècniques de veridicció sobre sí mateix, una construcció subjectiva que configura la trama de govern dels individus en la història occidental (Dávila, 2018). A partir d’ací, allò que possibilita que puguen portar-se a terme determinades formes de govern sobre els cossos, allò que possibilita la medicalització de molts cossos “malalts” no és un excés de poder de la institució mèdica o de la institució psiquiàtrica, no és la imposició d’aquestes veritats mèdiques per la força, no és la submissió passiva dels i les pacients a determinats dogmes ni la seua absència de poder, allò que possibilita el govern psiquiàtric biopolític és l’existència entre aquells que són governats d’una estructura que els torna governables fonamentada en una construcció del subjecte al voltant de la veritat sobre ell mateix (Caponi, 2016).

En el procés de subjectivació psiquiàtric juga un paper fonamental el diagnòstic. El diagnòstic és “la veritat” interioritzada pels subjectes psiquiatritzats a partir de la que es construiran com a “ells mateixos”. Medicalització i diagnòstic estan clarament vinculats, però no són sinònims; la medicalització és un procés, un procés que pot ser ajudat en la seua realització pel diagnòstic com a ferramenta de classificació (Jutel, 2011). Conrad i Schneider (1980) proposen un model de cinc etapes pel qual un comportament desviat es medicalitza mitjançant diagnòstics. Aquestes etapes comencen amb la definició del comportament com a desviat i acaben amb la institucionalització del comportament a partir del diagnòstic.

Des d’una “sociologia crítica” de la salut mental, en especial del diagnòstic, Martyn Pickersgill considera les categories diagnòstiques com a constituïdes, en part, a través d’un reclam o debat professional, pacient i polític. Per a aquest autor les entitats del diagnòstic donen forma a la societat i les subjectivitats individuals, i és en eixe punt on rau la raó de ser de la seua preocupació (Pickersgill, 2014).

L’autor s’alinea ací amb altres teòrics socials per als quals el diagnòstic esdevé un aparell, un dispositiu, a través del qual els individus s’“invenen” entre si. Aquest és el cas d’Ian Hacking, el qual afirma: “los motores utilizados en estas ciencias son motores de descubrimiento pero también motores para formar personas” (Hacking, 2002:82). La teoria d’aquest autor es desenvolupa en relació amb determinats diagnòstics psiquiàtrics com, per exemple, el diagnòstic de personalitat múltiple “descobert” en la dècada de 1980. Segons Hacking, en 1955 la personalitat múltiple no era una manera de “ser” persona, les persones no s’experimentaven d’aquesta manera, no interactuaven amb els seus amics, familiars, etc., però en 1985, en canvi, aquesta era ja una forma de “ser” una persona, experimentar un mateix i viure en societat (Hacking, 2002). Quan parla de crear o “inventar” gent, l’autor es refereix precisament a això, a com la biomedicina en el moment en què “inventa” una determinada malaltia i el diagnòstic adscriu eixa malaltia a un subjecte, està constituint-lo i creant-lo ja com a “malalt”, perquè com a malalt passarà aquest a entendre’s a ell mateix i a relacionar-se amb el seu entorn.

En una línia semblant es pot interpretar la teoria de l’*Stigma* d’Erving Goffman (1970). Inscrita dins de les *Labeling theory*, l’*Stigma* d’una etiqueta o un diagnòstic descrit per Goffman ens parla, entre moltes altres coses, de com la pròpia identitat i les actuacions dels subjectes poden ser determinades o influenciades pels termes utilitzats per a descriure o classificar dita identitat o dit comportament.

El diagnòstic mèdic, llavors, esdevé una interpretació (i un veredict) que descriu “la realitat” sobre la base d’uns interessos i unes relacions de poder determinades. Però a més, en tant que es descriu aquesta “realitat” i, quan es defineix i s’anomena des de la seua posició d’autoritat, la deposita en la subjectivitat dels individus que, a partir d’ara passaran a experimentar-se a ells mateixos i a relacionar-se amb el món que els envolta com a “malalts”, a banda de descriure una “realitat”, està creant-la. Eduardo Menéndez (1994) afirma en el seu estudi del procés salut-malaltia-atenció, un procés en el qual el diagnòstic esdevé crucial, que aquest es ca-

racteritza per complir una funció instituent, és a dir, activa, creadora i formadora de la subjectivitat de les persones.

Amb aquest marc de fons en aquest treball ens centrarem a analitzar com es construeix i significa la identitat biomedicalitzada en unes comunitats virtuals creades i conformades per persones diagnosticades d'agorafòbia.

## MÈTODES

En aquesta investigació ens interessa indagar en la construcció de la identitat agorafòbica en les comunitats virtuals creades en forma de grups d'ajuda virtuals per i per a persones agorafòbiques. L'elecció d'aquest espai virtual es deu al seu potencial com a *locus* d'identificació mútua i representació individual i col·lectiva (Burrows et al, 2000; Jover i Grau-Muñoz, 2021). En el cas d'unes persones que, donades les seues dificultats per a viuir l'espai públic, no participen en cap tipus de grups d'ajuda en què compartir les seues experiències amb el malestar, l'espai virtual es torna un espai privilegiat que possibilita la identificació, el reconeixement i la subjectivació mútua.

Per a portar a terme els nostres objectius recorem a la metodologia qualitativa, concretament l'etnografia virtual com a estratègia d'investigació indicada per a estudiar la interacció social en contextos de comunicació digital. Una de les autores pioneres en l'estudi de la forma en què Internet s'incorpora a la vida quotidiana en qualsevol dels seus espais és Christine Hine (2011). Del seu interès per investigar l'ús d'Internet i la seua integració en la vida quotidiana de les persones naix la seua proposta metodològica: l'etnografia virtual. Després de les primeres formulacions, com la d'Hine (2011), la diversificació de propostes al voltant de l'etnografia virtual va portar amb si "l'etnografia mediada" (Miller i Slater, 2000; Beaulieu, 2004) o la netnografia (Kozinets, 2010; Del-Fresno, 2011), entre altres.

Amb el que acabem d'assenyalar, el compendi de les comunitats virtuals objecte de la nostra anàlisi en el present article són els grups de la xar-

xa social Facebook creats, gestionats i freqüentats per persones agorafòbiques (la gran majoria amb diagnòstic mèdic), les temàtiques dels quals giren al voltant d'aquest diagnòstic. En començar el treball d'exploració, vam trobar quatre grups que complien aquestes característiques. Vam decidir quedar-nos amb tres d'aquests quatre grups atenent tant a un criteri quantitatiu (aquells amb un major nombre de persones inscrites) com qualitatiu (aquells amb major activitat dialògica). Els tres grups han estat creats a l'Estat espanyol i és el castellà la seua llengua vehicular, el que dona peu al fet que la majoria dels seus membres siguen persones originàries i/o residents o bé a l'Estat espanyol o a Llatinoamèrica.

No vam establir per endavant el nostre marc temporal analític. Vam començar registrant les entrades que es produïen en els fòrums des de l'1 de gener de 2018 amb intenció de continuar la recopilació durant la resta de l'any i ampliar a anys anteriors. Una volta registrades les entrades per a aquest primer any vam veure que comptàvem un corpus molt abundant. Seguint el criteri de saturació de la informació vam optar per quedar-nos amb les produïdes des de l'1 de gener de 2018 fins al 31 de desembre del mateix any.

La informació recopilada va ser analitzada qualitativament mitjançant el programa Atlas.ti. Es van bolcar totes les entrades produïdes durant aquest període en el programa i van ser codificades a partir d'un arbre de categories. Després de la codificació es van analitzar qualitativament mitjançant l'estratègia d'anàlisi sociològica del sistema de discursos (Conde, 2009).

## RESULTATS

Als resultats ens trobem que la identificació com a malalts i malaltes, però no malalts i malaltes en general, sinó com a encarnació d'un diagnòstic concret, ben definit i descrit pel discurs mèdic, porta als usuaris i usuàries dels grups a la construcció de determinades subjectivitats que comporten, al seu temps, determinades maneres de relacionar-se amb ells i elles mateixes i amb el seu entorn.

### *Diferent dels "altres" i entés/esa pels "teus"*

El fet d'entrar a participar en els grups que analitzem suposa ja, per a les persones usuàries d'aquests, una identificació el primer pas de la qual esdevé una acceptació de la seua identitat, una acceptació d'una determinada veritat sobre ells i elles mateixes, com a agorafòbics i agorafòbiques.

La importància de l'acceptació apareix amb facilitat als grups 1 i 2 com es veu als discursos següents: "Paso 1, acéptate con tu problema así como el que tiene diabetes por ejemplo" (Alma, grup 1), "Primero pensar en ti y aceptar lo que tienes, luego ir a un terapeuta y pedir ayuda médica, después trabajo duro cada día (...)" (Eva, grup 1) i "(...) Yo también tuve agorafobia en la última etapa de la adolescencia y te doy la enhorabuena por aceptar tu problema a tan corta edad y buscar ayuda" (Cruz, grup 2).

La principal manera en què observem que els usuaris i les usuàries dels tres grups corroboren la pròpia identitat agorafòbica és a partir de la identificació amb els altres, individualment: "(...) A mí me pasa igual (...)" (Marilyn, grup 1); "(...) a mí me pasa exactamente lo mismo" (Celia, grup 2); "(...) a mí también me pasa eso" (Merche, grup 2); "Yo tengo lo mismo" (Olga, grup 3), i també col·lectivament: "(...) hemos pasado por ahí yo creo que todos los que padecemos agorafobia" (Charo, grup 1); "(...) creo que todos andamos igual (...)" (Guada, grup 2).

Des de la dècada passada, disciplines entre les quals es troba la sociologia han iniciat un procés de deconstrucció de la noció d'identitat com a integral i unificada a partir de la conceptualització del fet que aquesta no esdevé fixa i inamovible sinó que es construeix com un procés dinàmic, relacional i dialògic que es desenvolupa en relació amb un "altre" (Marcús, 2011). Entendre la identitat com un procés relacional esdevé atorgar-li en aquest procés un lloc important a l'alteritat. Des d'aquesta perspectiva, la identitat sols pot construir-se a través de la relació amb l'altre, especialment amb allò que l'altre no és, el que es denomina "afora constitutiu" (Butler, 2001; Hall, 2003).

Al grup 2 observem un fil discursiu en què per a moltes persones participants la seua identificació com a agorafòbiques es produeix precisament a partir de l'alteritat, és a dir, reconeixent l'altre o altres com a individu o grup diferent a través de l'oposició. El fil comença amb l'entrada d'una usuària contant que després de molts anys ha aconseguit anar a la perruqueria. A aquesta entrada altres companyes responen coses com: "(...) es una pasada, lo que para otr@s es algo habitual, para nosotr@s es una superación" (Susana, grup 2), "(...) es increíble lo que para mi madre es un placer y va muy a menudo, para nosotros es un sacrificio de la leche (...)" (Celia, grup 2) i "La gente que no padece agorafobia supongo que no lo entenderá (...)" (Sonia, grup 2). Paraules com "nosotr@s" i "otr@s" denoten clarament la conceptualització del propi en oposició a l'alié.

Aquesta oposició o confrontació troba la seua raó de ser, per a alguns/es integrants del grup 2, en el fet de no sentir-se entesos/es. L'articulació d'aquesta oposició la il·lustra una usuària del grup a l'afirmar que "(...) como a ellos no les pasa no lo entienden (...)" (Marta, grup 2). Açò és així perquè una de les grans forces del grup com a espai d'identificació mútua per a elles és que ahí, i no fora, és on se senten enteses i ajudades. Una usuària d'aquest mateix grup ho destaca així: "(...) Disculpen lo extenso pero siento que solo aquí me podrán entender porque con mí familia me escuchan me entienden pero creen que es algo que depende de mí y de dejar de pensar tonterías pero no lo es y no sé cómo salir de esto... (Alicia, grup 2)".

La importància de l'enteniment com a element d'identificació i cohesió del grup està també present en les narracions d'altres usuaris/es, aquesta volta també d'usuaris/es del grup 1: "Encontrar a personas como nosotras nos hace sentir que no somos los únicos, nadie mejor para entendernos, para saber lo que es nuestro día a día (...)" (Mari, grup 1); "Lo cierto es que todos merecemos una oportunidad de vivir una vida mejor. Ayuda compartirlo y ver que otras personas nos entienden y que sufren la misma situación" (Joana, grup 1), o; "Apóyate en gente que te entienda, puede parecer una tontería pero en este

grupo todos entendemos a todos y sentirse comprendido es fundamental” (Estefanía, grup 2).

Esdevé crucial entendre que aquest enteniment, aquesta comprensió i aquest compartir de què parlen els discursos dels grups es fonamenta expressament sobre les identitats i processos que les persones usuàries construeixen i desenvolupen al voltant de l'agorafòbia. En aquest sentit, una usuària del grup 1 explica a un company nouvingut que es defineix com a agorafòbic i esquizofrènic: “(...) Aquí te podremos entender y apoyar, pero sólo sobre agorafobia y crisis de pánico. De los otros trastornos que comentas que padeces no tenemos información para poder ayudarte” (Laura, grup 1).

### *Ser, estar, tenir i patir*

Un debat teòric fonamental al voltant de la identitat pel qual s'ha preocupat, entre altres disciplines, la sociologia, és aquell que contraposa les visions essencialistes i les constructivistes i relacionals. L'essentialisme suposa que existeix una essència real d'allò que és immutable i constitutiu d'una persona. Aquesta essència es considera presocial, és a dir, l'organització social la pot fomentar o reprimir però mai modificar (Fuss, 1999). Des d'aquesta perspectiva essencialista la identitat esdevé quelcom que “s'és”, postulant aquest essentialisme una identitat fixa i permanent. En termes biomèdics, a més, la identitat essencialista esdevé fortament biologicista.

Podem observar a partir dels discursos de les persones participants del grup 2 com algunes d'elles desenvolupen una identitat agorafòbica essencialista: “Hola, soy agorafóbica” (Àngela, grup 2); “Soy mamá y agorafóbica, completita” (Estefanía, grup 2) o, “Soy agorafóbica desde hace 13 años (...)” (Gina, grup 2). En la mateixa línia, una usuària del grup 1 defineix la seua agorafòbia com a condició, això és, com a naturalesa o característica pròpia i definitiva d'un ser o conjunt d'éssers: “(...) A mí no me importaría estar con una persona con nuestra condición (...)” (Espe, grup 1).

Una manera d'alterar la pròpia identitat agorafòbica essencialista és des de l'humor. En aquest marc tangencial se situa el discurs d'una altra usuà-

ria del grup 1: “Yo como agorafóbica jejeje tomé medicina lo cual no me hizo bien (...)” (Josefa, grup 1). L'humor permet a aquesta usuària performativitzar i transformar la serietat que implicaria *a priori* una identitat diagnòstica essencialista, això és, natural, fixa i única.

L'essència, però, no és l'única manera des de la qual els/les usuaris/es es gestionen amb l'etiqueta agorafòbica. De fet, no és ni tan sols la majoritària. En el camp teòric hi ha nombrosos autors i autores, no sols des de la sociologia, aplicats/des en deconstruir la identitat essencialista i projectar aquesta com quelcom construït i relacional. En aquesta disjuntiva sorgeix el concepte de posició. Parlar des de les posicions significa no donar per sentada l'existència de cap identitat definida i unitària, sinó parlar del procés de subjectivació en termes d'una trama de posicions de subjecte sorgida a partir d'una complexa interrelació d'identificacions heterogènies (Bonder, 1998). A partir d'aquesta aproximació, el “ser” essencialista es transforma en l'“estar” posicional. Així, trobem moltes persones usuàries en els grups 1 i 2 que lluny de “ser” agorafòbiques “estan” amb agorafòbia, l'exemple de les quals podrien ser les dues següents: “(...) y desde entonces, hace ya 6 años, así estoy” (Mari, grup 1) i “(...) Y estuve 5 años con esta enfermedad” (Lucía, grup 2).

En la línia de l'“estar”, altres participants parlen de l'agorafòbia des del “portar” en termes temporals, això és, detonació d'haver passat un determinat període de temps en una mateixa situació. Així ho expressen, entre altres, aquestes tres usuàries dels grups 1 i 2: “Quiero decirte que te comprendo perfectamente, pues yo llevo con agorafobia hace muchos años” (Montse grup 1); “Llevo 19 años con agorafobia, ¿alguien del grupo lleva tantos años o soy la única?” (Eli, grup 2) i, “Sin comentarios, llevo desde los 13 años con agorafobia” (Paula, grup 2).

L'agorafòbia, a més d'esdevenir quelcom que “s'és”, una situació que es “porta” o un moment en què “s'està”, també pot ser una malaltia, una etiqueta que es “té”. Així és per a moltes persones usuàries dels grups tant individualment. “(...) yo tengo agorafobia desde los 12 años y tengo 53” (Toñi,

grup 1); "(...) tengo agorafobia" (Patri, grup 1) o "(...) tengo 38 años y desde los 19 tengo agorafobia" (Guada, grup 2), com col·lectivament: "Tenemos agorafobia (...)" (Reme, grup 1) o "(...) te lo digo por experiencia propia, así como todos los que tenemos agorafobia" (Laura, grup 1).

"Ser", "estar", "portar" o "tenir" no són les úniques maneres d'experimentar la subjectivitat agorafòbica. L'agorafòbia també apareix als relats dels grups com quelcom que es "pateix", individualment i col·lectivament, tal com narren alguns/es usuaris/es del grup 1: "(...) yo no grito ni soy violenta, sufro de agorafobia" (Eva, grup 1), "(...) yo creo que todos los que padecemos agorafobia lo hemos pasado" (Paloma, grup 1). D'igual manera, al grup 2 trobem testimonis paral·lels que individualment afirmen: "hace trece años que sufro agorafobia" (Bea, grup 2), i en el pla col·lectiu se subjectiven en un "nosotros, los que padecemos agorafobia" (Anto, grup 2), fent de la identitat agorafòbica en aquestes comunitats virtuals un procés de subjectivació i identificació amb un fort component col·lectiu.

Aquestes maneres de viure o experimentar la subjectivitat agorafòbica diferents del "ser" que desenvolupen moltes persones participants dels grups, esdevenen una manera de reptar l'essència biologicista de la medicina, així com una manera de mostrar com el subjecte és agent, que no actor voluntarista, en el seu procés de subjectivació. En aquest punt és necessari referir-se al concepte de responsabilitat de Jeffrey Weeks. Responsabilitat suposarà assumir ací el limitat grau d'agència en les nostres maneres d'estar en el món, així com reconèixer la influència dels elements externs (Weeks, 1993).

### Identitats múltiples

Observem als discursos que la subjectivitat agorafòbica que desenvolupen la majoria de participants tant en el grup 1, 2 i 3, porta aparellada altres elements lligats o relacionats amb l'etiqueta agorafòbica. Així, les persones que se subjectiven o s'identifiquen com a agorafòbiques, se subjectiven també a partir d'altres etiquetes vivint, experimentant i performativitzant quelcom que ací anomena-

rem subjectivitats múltiples a partir de la subjectivitat o identitat agorafòbica. D'aquesta manera, "ser" o "estar" agorafòbics/ques implica per a ells/es "ser" també altres coses o "estar" també en altres posicionaments a partir de l'agorafòbic i en relació amb aquest.

Una de les etiquetes que més apareix, i el principi a partir del qual s'identifiquen les persones usuàries com a agorafòbiques, és l'etiqueta "malalta". En aquesta línia trobem afirmacions com aquestes: "(...) estoy enferma, ¿qué pasa? (...)" (Celia, grup 2) o "(...) las personas, aunque tengamos una enfermedad mental, somos ante todo personas y merecemos un respeto (...)" (Cris, grup 3).

L'etiqueta "malalta", l'etiqueta patològica, porta implícita necessàriament una etiqueta "d'anormalitat i desviació" front a la normalitat (o normalitat) que implica la salut, i així es denota als discursos d'usuaris/es que expressen "(...) quiero volver a ser normal" (Vivi, grup 2) o "(...) pensaba que podía ser una persona normal y viajar, pero no" (Berta, grup 2).

Algunes de les persones participants dels grups porten la identitat o etiqueta malalta més enllà de la pròpia subjectivitat o la subjectivitat col·lectiva del grup reivindicant una identitat que *de facto* siga també institucional, reivindicant ser concebuts/des com a malalts/tes també per les institucions. Aquest és el cas d'una usuària del grup 2 qui pregunta en una entrada: "(...) ¿alguno de vosotros ha sido reconocido incapacitado por alguna administración del Estado, si es así os están dando alguna pensión?" (Nerea, grup 2). En la mateixa línia i en un to més reivindicatiu, trobem el discurs de la següent usuària: "(...) Creo que esta patología debería reconocerse y dar una discapacidad (...)" (Estefanía, grup 2).

D'una manera agencial s'erigeixen veus tancades decidides a renegar de l'etiqueta "malalta". Així ho expressa una usuària del grup 2:

Para empezar, no es una enfermedad, quítate eso de la cabeza. Solo es una mala interpretación de las sensaciones y síntomas, y miedo a sentir miedo. Por eso cambiando tu capacidad cognitiva puedes llegar a pararlo. Besos (Blanca, grup 2).

La identitat agorafòbica, a més d'una subjectivitat general malalta, també implica per a alguns/es usuaris/es el desenvolupament d'altres subjectivitats mèdiques. Així, tot i que l'última usuària esmentada semblava renunciar a l'etiqueta més general de malalta, no segueix el mateix patró cap a altres etiquetes diagnòstiques, afirmant en una altra entrada: "Sí, es normal en mí. Llegué a pensar que soy antisocial" (Blanca, grup 2). D'una manera semblant, una usuària del grup 1 afirma en un plural inclusiu: "Nos hacemos antisociales por las circunstancias y nuestra mejor amiga es la soledad (...)" (Raquel, grup 1).

En aquesta mateixa direcció, però enfocades al diagnòstic de TLP, trastorn límit de la personalitat, dues usuàries del grup 2 afirmen: "(...) soy TPL" (Nina, grup 2), i "(...) aunque soy TLP llevo 1 año con agorafobia (...)" (Lulu, grup 2).

Però a banda, o a més, de les identitats mèdiques, hi ha altres identitats que apareixen en els discursos de les persones usuàries dels grups i a partir de les quals, individualment i col·lectivament, es construeixen com a subjectes agorafòbics. Potser aquella que més apareix, la més freqüent, és la identitat guerrera o lluitadora, de manera que esdevé fàcil trobar discursos, sobretot als grups 1 i 2, com aquests: "Eres una campeona... somos todos unos guerreros (...)" (Joana, grup 1); "¡Mucho ánimo, somos guerreras!" (Carmen, grup 1); "(...) Somos valientes y saldremos de esta (...)" (Rosa, grup 1) o; "(...) somos fuertes aunque no lo creamos (...)" (Miriam, grup 2).

Com afirma Sontag (1990), no hi ha res més punyit que donar-li un significat a una malaltia, un significat que resulta invariablement moralista. Les metàfores referents a la lluita, la personificació de les persones agorafòbiques com a guerreres, és un d'eixos significats. Significacions, connotacions que tendeixen a ser crucials en malalties els orígens de les quals esdevenen foscos i el seu tractament inefaç.

Sostenim d'acord amb aquesta autora, que el que *a priori* podria ser una identitat individual i col·lectiva en positiu, això és, lligada al pensament positiu, amaga en el fons una sobre responsabilit-

zació dels i les "pacients", ja que es dona per sentat que la cura depèn en primer terme de la capacitat d'esforç d'aquests/es. Aquest fet, a més, resulta molt funcional per a la institució mèdica en tant que invisibilitza un possible mal funcionament dels tractaments posant el focus únicament en els modes de fer d'aquells i aquelles que els reben (Sontag, 1990).

Per últim, hi ha una identitat que apareix subtilment en alguns discursos dels grups. Parlem de la identitat genèrica. Tot i ser els tres grups mixtos, formats per homes i dones, i tot i ser el masculí el plural neutre en llengua castellana, resulta significatiu com algunes persones usuàries quan es dirigeixen o refereixen al conjunt del grup ho fan en femení. Aquests són alguns exemples: "(...) un abrazo a todas las guerreras" (Toñi, grup 1); "Ánimo, todas pasamos por cosas así (...)" (Oti, grup 1); "¡Vamos chicas!" (Ella, grup 1); "Gracias chicas, vosotras también lo superaréis" (Ana, grup 1) o; "(...) Parece que solas hacemos mucho más y encima nos sentimos tres mil veces más orgullosas (...)" (Marina, grup 3). Com s'observa a partir del "chicas", "guerreras", o "orgullosas", algunes persones participants identifiquen els grups com a femenins fent patent que les subjectivitats agorafòbiques, a més de ser subjectivitats malaltes o lluitadores, poden ser també subjectivitats genèriques. Aquest fet podria explicar-se a partir de la tesi de Reuter (2006). Tal com sosté aquesta autora, el diagnòstic agorafòbic, un diagnòstic fortament masculinitzat fins abans de la Primera Guerra Mundial, va patir una "re-generització" a partir dels anys 40-50 del segle XX convertint-se en un diagnòstic majoritàriament femení, i sent tractat a partir d'aleshores i fins a l'actualitat com un problema de dones en la literatura mèdica.

La interiorització d'unes determinades identitats, l'assumpció d'unes determinades etiquetes, comporta en molts punts que la persona "malalta" comence a comportar-se com a tal, que la persona "agorafòbica" actue com a agorafòbica, que la persona "guerrera" vulga i intente treure forces d'on siga per a lluitar... Willem Hofstee (1980) sosté que en la separació entre el subjecte i la seua descripció, és aquesta última la que descriu la conducta del primer, i en el camp de la psiquiatria i la psicologia

els sistemes de classificació i descripció esdevenen principis d'articulació científica, veritats absolutes i modes per excel·lència de procedir. A partir d'ací, en el moment en què les persones són reunides en categories aprenen d'aquestes categories com comportar-se (Bowker i Star, 2000). És el que Hacking (2002) ha anomenat "making people" i pel qual ha caracteritzat ciències com la biomèdica.

### *Identitats discursiu-materials*

En la quinta edició del DSM, el manual diagnòstic de referència en l'àmbit mundial en termes de salut mental, l'agorafòbia apareix definida com una por o ansietat intensa sobre dos o més de les cinc situacions següents: ús de transport públic, estar en espais oberts, estar en llocs tancats, fer cua o estar al mig d'una multitud i estar fora de casa sol (APA, 2013).

Als grups resulta fàcil trobar reproduït aquest discurs mèdic en expressions com aquestes: "a mí me da miedo estar solo en la calle cuando hay mucha gente" (Jose, grup 1); "tengo que llevar a mi hija al médico y no creo que pueda ir, como saben las colas son enormes y no creo que aguante mucho tiempo" (Paloma, grup 1); "9 años con agorafobia y sigo sin salir de casa" (Anaís, grup 2); "desde 2013 no soy capaz de salir solo sin compañía" (Alez, grup 2); o, "yo ni broma puedo subirme a un avión" (Lara, grup 3).

Des d'un punt de vista estrictament mèdic, aquests discursos podrien interpretar-se com un exemple nosològic del que és l'agorafòbia, com una mostra dels símptomes que ratifiquen a un grup de persones al voltant del diagnòstic agorafòbic. No obstant això, endinsar-se en els grups que analitzem ens obliga a anar un pas més enllà d'aquesta "realitat" mèdica. Als grups és habitual trobar experiències materials-corporals de persones diagnosticades d'agorafòbia molt més diverses que les expressades a la descripció del diagnòstic del DSM-5: hi ha persones que necessiten eixir al carrer tan tapades com siga possible i amb ulleres de sol perquè el que les incomoda és que la gent les mire, hi ha d'altres que ixen amb un bastó perquè les alleuja sentir-se subjectes a alguna cosa, també hi ha usuaris/es que

no tenen problemes amb el transport públic, però sí conduint ells/es el seu propi vehicle, hi ha algun/a usuari/a que prefereix les multituds als carrers buits de gent, i hi ha d'altre/a que quan ix de casa va buscant contínuament banys públics perquè l'experiència al carrer li provoca problemes intestinals. I així una infinitat de materialitzacions corporals de l'experiència agorafòbica.

Malgrat aquesta varietat de representacions que trobem als grups, les que es repeteixen de manera abrumadorament majoritària com una espècie de mantra a tall de característiques pròpies de les persones agorafòbiques i diferents d'aquelles no "malaltes", com a mostra de la concepció que els usuaris i les usuàries tenen d'ells i elles mateixes amb relació als altres són les descrites al manual DSM-5.

Aquesta assumpció de la identitat material agorafòbica es fa encara més visible quan atenem a les identificacions col·lectives que apareixen als grups. És usual trobar discursos als grups tals com "nosotros no podemos salir a la calle solos, siempre tenemos que ir acompañados" (Leire, grup 1) o "... como no podemos subir en avión" (Nacho, grup 2). Aquestes expressions parlen més de la interiorització d'una descripció mèdica, o a tot cas d'una vivència personal, que d'una realitat de, en el cas del grup que analitzem, centenars o milers de persones amb les seues peculiaritats en l'experimentació corporal dels seus malestars. Parlen de la seua subjectivació material a partir de l'assumpció d'un diagnòstic. Així, les persones dels grups s'autoconceptualitzen, s'experimenten i es representen amb unes determinades maneres de fer corporals a partir de les quals són agorafòbiques o, cosa equivalent, sense les quals deixen de ser subjectes agorafòbics. Vegem en aquesta línia l'exemple d'una usuària del grup 2 la qual després d'eixir un matí al carrer conta la seua experiència així:

Hoy he salido a la calle porque tenía que hacer una compra para casa y ha sido super raro. Me he visto sola por la calle y me ha parecido super raro, me he sentido super rara, todo era extraño, desconcertante, como si no fuera y (...) ¿Yo agorafóbica en la calle, lo pueden creer? (Mary, grup 3)

Les observacions exposades ens porten directament a la tesi foucaultiana del poder de producció (corporal) del discurs mèdic, en aquest cas del discurs agorafòbic. En aquests exemples podem reconèixer el funcionament del discurs agorafòbic mitjançant el qual, a través de pràctiques d'objectivació (classificació, descripció en forma de veritats mèdiques), els usuaris i usuàries dels grups es converteixen en subjectes amb una determinada corporalitat, a través del reconeixement de si mateixos com a subjectes agorafòbics.

En aquesta mateixa línia Reuter (2006), en el seu estudi sobre la literatura mèdica de casos al voltant del diagnòstic d'agorafòbia, sosté que el discurs mèdic ajuda a "realitzar el cos mèdic", açò és, que les representacions mèdiques sobre l'agorafòbia s'inscriuen en els cossos que representen, de manera que el cos del pacient o de la pacient es converteix en la seua representació. Els cossos agorafòbics són, per tant, cossos agorafòbics en tant que encarnen i representen maneres de fer agorafòbiques, però aquest "fer" és (sols) intel·ligible i rellevant a través de categories de coneixement normatiu. Així, les teories i categories mèdiques a banda, o per això mateix, d'haver informat les pràctiques involucrades en l'encarnació o materialització corporal de l'agorafòbia, han constituït l'estructura conceptual normativa a través de la qual s'encarnen els cossos agorafòbics (Reuter, 2006). La materialitat dels cossos agorafòbics està, doncs, constituïda en i a través de categories mèdiques que són normatives i reguladores i no podria entendre's com a tal materialitat fora del marc conceptual mèdic.

En resum, els cossos agorafòbics representats en els grups que analitzem han configurat la seua intel·ligibilitat, com queda patent especialment en l'últim discurs exposat de Mary, a partir de les estructures de significat reguladores i normatives del discurs mèdic agorafòbic. L'encarnació de l'agorafòbia que "fan" els usuaris i les usuàries és, per tant, una mobilització material-discursiva en la que les categories i descripcions mèdiques apareixen inscrites en els seus cossos. Aquests usuaris i aquestes usuàries s'autocomprenen i es representen com a cossos que no habiten l'espai públic, cossos que no utilitzen transport públic, cossos acompanyats, etc.

### *Subjectivitats resistents*

Si fins ara hem vist com funciona el discurs mèdic agorafòbic productor de subjectivitats, entendre aquest com un discurs tancat, determinant i irrompible suposa no donar compte dels diversos cossos agorafòbics que sorgeixen en aparent desafiament a les normes de diagnòstic que es pretenia o se suposava que els limitaven. Tal com afirma Foucault (2001), si la normalització mèdica-social exerceix un dispositiu social de poder i control, subjecció i agència es converteixen en una contínua tensió constitutiva de les subjectivitats humanes.

A partir d'aquí sostenim que les experimentacions i representacions agorafòbiques són necessàriament obertes i així ho confirmen les imatges diverses d'agorafòbia que (malgrat un discurs mèdic presumiblement unificador) es manifesten als relats dels grups. Cada vivència, cada experiència, cada encarnació agorafòbica és particular en termes de context social, de situacions personals, de relacions amb el sistema biomèdic individuals, etc., i ser conscients d'aquestes particularitats desestabilitza la noció de cos agorafòbic, així com la noció del fet que l'agorafòbia és una malaltia unificada. Si les categories psiquiàtriques s'invoquen en cossos particulars, aquesta invocació revela tant el poder de les categories com la seua vulnerabilitat, ja que cada persona agorafòbica les assumeix i les reitera de manera diferent (Reuter, 2006).

Així, en unes comunitats virtuals productores i reproductores d'una narrativa pròpia respecte a la malaltia o etiqueta que les defineix (Canals, 2003), una narrativa fortament influenciada i arrelada en els preceptes i principis biomèdics, les persones usuàries elaboren maneres de viure o experimentar la subjectivitat agorafòbica diferents del "ser", unes maneres que repton l'essència biologicista del discurs mèdic visibilitzant uns subjectes agents i que es concreten en posicions com "estar agorafòbiques", "tenir agorafòbia" o "patir agorafòbia".

Alguns/es usuaris/es elaboren aquesta resistència de manera conscient: "Basta ya, de llamarnos agorafic@s, como dije la otra vez. Tenemos Agorafobia y no de por vida, puesto que estamos luchando como podemos para superarla" (Mari, grup 1), o

“No somos agorafóbicos, tenemos agorafobia, parece una tontería, pero no lo es (...)” (Toya, grup 1).

En la mateixa línia, també distingim formes de resistència establertes cap a la identitat malalta, dins de la qual s'ubicaria l'agorafòbica: “Para empezar, no es una enfermedad, quítate eso de la cabeza. Sólo es una mala interpretación de las sensaciones y síntomas, y miedo a sentir miedo. Por eso cambiando tu capacidad cognitiva puedes llegar a pararlo” (Magda, grup 2).

Per últim, i tal i com ja hem esmentat, no resulta difícil trobar als relats dels grups representacions diverses dels cossos agorafòbics no adscrites al discurs mèdic. Un bon exemple d'açò de què parlem són els relats de dos usuaris del grup 2 els quals reneguen de la identitat material inscrita en el discurs mèdic agorafòbic així: “yo no salgo a la calle no porque no pueda, sino porque no quiero, no me da la gana” (Luís, grup 2), i “a mí las multitudes no me gustan y no voy a conciertos ni a grandes eventos solo por eso” (Abel, grup 2). Aquests dos usuaris recorren a la voluntat individual per a reptar una identitat malalta que les diu el que no poden fer com a agorafòbics; assumeixen una categoria mèdica repetint-la, representant-la i transformant-la.

## CONCLUSIONS

El diagnòstic d'agorafòbia esdevé una veritat mèdica ordenada, definida i recollida en els principals manuals mèdics utilitzats en l'àmbit de la salut mental per a posar-li nom i tractament als malestars que pertorben la vida dels individus. Aquesta veritat és assumida i interioritzada pels/les pacients als quals i a les quals se'ls atorga el diagnòstic passant de ser una veritat general a la veritat sobre ells mateixos i elles mateixes, l'explicació del que senten, del que es viuen, en definitiva del que són. Una veritat que, en el cas de la salut mental, resulta fortament demandada per part dels i les pacients que, a falta de proves objectives com puguin ser unes analítiques o un examen físic, necessiten una explicació del que els passa i una esperança respecte a com solucionar-ho.

D'acord amb la visió biopolítica de la psiquiatria, l'aplicació d'una veritat sobre la pròpia persona en forma de diagnòstic, una veritat que tot i vendre's com una veritat neutra i científica, no deixa d'estar construïda socialment d'acord amb unes determinades construccions culturals de la malaltia (Comelles i Martínez Hernández, 1993), esdevé el primer pas d'unes estratègies biomèdiques canalitzades cap al control d'allò que escapa la normalitat i la normativitat (Canguilhem, 1971). El culmen d'aquesta activitat biopolítica psiquiàtrica esdevé l'acceptació per part dels subjectes d'aquesta veritat com una veritat pròpia a partir de la qual construiran la seua identitat malalta, en el nostre cas la identitat agorafòbica.

Tal com hem vist, la identitat agorafòbica es construeix als grups com una identitat pròpia, però sobretot “diferent” a la d'aquelles persones que no són agorafòbiques. En la construcció d'aquesta identitat als grups esdevé clau l'element de la identificació col·lectiva entre els membres així com l'element de l'alteritat respecte a l'exterior no agorafòbic. A més de pròpia, compartida i diferent, la identitat agorafòbica apareix com una identitat essencialista, però també com una identitat posicional que en la que s'està, que es té o que es pateix. Hem vist també com els usuaris i les usuàries s'autocomprenen i es relacionen principalment com a malalts i malaltes. Aquesta subjectivitat malalta es desenvolupa i significa amb relació a altres elements com poden ser la lluita o el gènere.

Per últim, la identitat agorafòbica no és sols una cosa que se sent sinó també una cosa que es fa; és una identitat discursiu-material. L'assumpció d'un discurs mèdic, el qual descriu i explica les possibilitats materials de les persones agorafòbiques, es tradueix en unes determinades maneres d'actuar que ubiquen als usuaris i usuàries dins de la intel·ligibilitat del seu diagnòstic, sent els seus cossos allò que fan (Mol i Law, 2004).

En resum, en la nostra anàlisi hem pogut comprovar com les persones usuàries dels grups que analitzem s'autocomprenen i es relacionen amb el món que les envolta com a subjectes diferents dels

altres i entesos únicament pels seus (els agorafòbics), com a subjectes malalts o com a subjectes no públics i acompanyats.

En aquest treball apostem perquè les comunitats virtuals d'atenció com les que analitzem esdevenen un espai privilegiat per a observar la construcció de les identitats biomedicalitzades agorafòbiques. La nostra convicció es basa principalment en dos fonaments. En primer lloc les comunitats virtuals d'atenció són un espai informat pel discurs mèdic. En aquestes comunitats la temàtica dialògica gira al voltant d'un diagnòstic que afecta els seus membres, un diagnòstic que aquests han rebut i han assumit (o estan en procés de fer-ho), per la qual cosa el discurs mèdic està molt present. En segon lloc, els grups que analitzem suposen un espai únic d'encontre i d'identificació mútua entre persones amb el mateix diagnòstic, un espai especialment significatiu en el cas de les persones agorafòbiques que no poden vienciar aquest tipus d'espais d'encontre de manera física. La idiosincràsia que es crea en aquests grups permet, doncs, observar no ja la gestió individual de les persones participants en l'assumpció de la seua subjectivitat agorafòbica, sinó sobretot les narracions i significacions compartides o, al contrari, discordants que reflecteixen el paper com a agents socials que juguen aquests grups embeguts i erigits al si d'un marc discursiu hegemònic, açò és, les narracions biomèdiques.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth edition)*. Washington, APA.
- BEAULIEU, A. (2004). "Mediating ethnography: Objectivity and the making of ethnographies of the internet", *Social Epistemology*, 18(2-3):139-163.
- BONDER, G. (1988). "Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente", *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas*, 29-55.
- BOWKER, G.C. i STAR S.L. (2000). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge-Massachusetts, MIT Press.
- BURROWS, R., NETTLETON, S., PLEACE, N., LOADER, B. i MUNCER, S. (2000). "Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support", *Information, Communication & Society*, 3(1):95-121.
- BUTLER, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Paidós.
- CANALS, J. (2003). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar (Tesis Doctoral)*. Universitat Rovira i Virgili.
- CANGUILHEM, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, S XXI.
- CAPONI, S. (2016). "Between the government of self and others: A psychiatric self-hermeneutics", *Signos Filosóficos*, 18(36):62-90.
- COMELLES, J.M. i MARTÍNEZ HENÁEZ, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid, Eudema.
- CONDE, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CONRAD, P. i SCHNEIDER, J. (1980). "Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism", *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(1):75-79.
- CONRAD, P. (1992). "Medicalization and social control", *Annual review of Sociology*, 18(1):209-232.
- DÁVILO, B. (2018). "Michel Foucault y la genealogía del sujeto moderno: gobierno, libertad, verdad de sí", *Revista de historia de las ideas políticas*, 21(1):91-108.
- DEL FRESNO, M. (2011). *Netnografía. Investigación, análisis e intervención social online*. Barcelona, UOC.
- FOUCAULT, M. (1977): *Historia de la sexualidad/Vol. 1. La voluntad de saber*. Madrid, S XXI.
- FOUCAULT, M. (2001). *Los anormales: Curso del Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

- FUSS, D. (1999). "Dentro/Fuera", en N. Carbonell i M. Torras (Eds.). *Feminismos literarios*. Madrid, Arco Libros; pp.113-124.
- GOFFMAN, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GRAU-MUÑOZ, A. (2012). *Relación pedagógica y configuraciones de la crianza en la Sociedad del Riesgo: La transmisión del cuidado en el Programa de Educación Maternal (Tesi Doctoral)*. Universitat de València.
- HACKING, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge, Harvard University Press.
- HALL, S. (2003). "¿Quién necesita "identidad"?", en S. Hall i P. Du Gay (Comps.), *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires, Amorrortu; pp. 13–39.
- HINE, C. (2011). *Etnografía virtual*. Barcelona, UOC.
- HOFSTEE, W. (1980). *De empirische discussie: Theorie van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam, Boom.
- JOVER, A, i GRAU-MUÑOZ, A. (2021). "¿Alguien conectada? Las comunidades virtuales de personas agorafóbicas y la gestión y experiencia de los malestares", *INTERdisciplina*, 9(24): 201-227.
- JUTEL, A. (2011). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. Baltimore, JHU Press.
- KOZINETS, R. (2002). "The field behind the screen: Using netnography for marketing research in online communities", *Journal of Marketing Research*, 39:61-72.
- MARCÚS, J. (2011). "Apuntes sobre el concepto de identidad", *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(1):107–114.
- MENÉNDEZ, E. (1994). "La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, 4(7):71–83.
- MILLER, D. i SLATER, D. (2000). *The Internet: An Ethnographic Approach*. Oxford, Berg.
- MOL, A. i LAW, J. (2004). "Embodied action, enacted bodies. the example of hypoglycaemia", *The Body and Society*, 10 (2–3):43–62.
- PICKERSGILL, M. (2014). "Debating DSM-5: Diagnosis and the sociology of critique", *Journal of Medical Ethics*, 40(8):521-525.
- RABINOW, P i ROSE, N. (2006): "Biopower Today", *BioSocieties*, 1(2):195–217.
- REUTER, S. (2006). "(Re)Gendering panic: Towards a critical sociology of agoraphobia", *Women's Health and Urban Life*, 5(1):45–74.
- SONTAG, S. (1990). *Illness as metaphor*. New York, Anchor books.
- WEEKS, J. (1993). *El malestar de la sexualidad: Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid, Talusa.