



VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

*Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica*

Directores  
Cirilo Flórez Miguel  
Maria Giovanna Ruberto

Tesis Doctoral  
Chiara Lovecchio

Departamento  
Filosofía, Lógica y Filosofía de la Ciencia

Salamanca, 2009



*A Liliana y Antonio, mis padres,  
para que mi empeño tome la forma de humilde agradecimiento.  
A Saria y Giacomo,  
por ser los bienes más grandes recibidos en mi vida.  
A Davide,  
por su ingenuo frescor a la existencia.  
A María, Solange, Ciccio,  
por su constante presencia, amistad, hermandad.  
A Leticia,  
esperando que estas palabras se acerquen a su altura.  
Desde lo profundo de mí: gracias.*

## **Agradecimientos**

Quisiéramos agradecer aquí a las personas que han contribuido a la realización factual de este trabajo. Al profesor Cirilo Flórez Miguel, por su apoyo incondicional y su fe en esta aventura, por su profesionalidad y su humildad personal, cualidades preciosas y valiosas.

Al profesor Armando Rigobello, nuestro maestro no sólo académico sino existencial, que siempre nos ha seguido, aún en la distancia geográfica, y que nos ha proporcionado ayuda teórica y apoyo personal.

A la profesora Giovanna Ruberto, por su confianza y amistad, por sus consejos y por el intercambio personal.

A Elena Vicente Hernández, del Departamento de Filosofía, Lógica y Filosofía de la Ciencia, por su paciencia y amabilidad. A la profesora M. Montello y al prof. B. Hurwitz y D. Jervolino, por su disponibilidad y colaboración.

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>11</b>
<b>§ 1. Hacia una hermeneútica del sí: identidad humana y temporalidad</b>	<b>11</b>
1.1. Reflexiones metodológicas y el primado de la mediación	14
1.2. Ipseidad y mismidad, ipseidad y alteridad	20
<b>§ 2. La corporeidad: el ser-situado y la historicidad</b>	<b>28</b>
2.1. El trípode de la pasividad	30
2.2. El punto de vista o la perspectiva finita	41
<b>§ 3. El <i>homo capax</i> versus el <i>homo patiens</i>: teleología y finitud</b>	<b>49</b>
3.1. La teleología de la acción: felicidad o totalidad	54
3.2. El <i>homo capax</i> y su fragilidad	57
3.3. El <i>homo patiens</i>	60
<b>§ 4. La reconfiguración temporal y el reconocimiento</b>	<b>65</b>
4.1. La identidad narrativa	69
4.2. El problema del reconocimiento	74
4.3. Ética narrativa	83
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>91</b>
<b>§ 5. La cuestión por la persona: plano analítico</b>	<b>91</b>
5.1. El problema de la identificación	93
5.2. Semántica y pragmática	102
5.3. La referencia-a-sí	111
<b>§ 6. Variaciones sobre el trípode de la pasividad: plano teórico</b>	<b>115</b>
6.1. La constitución relacional de la persona: el cuerpo propio	119
6.2. La intersubjetividad: la voz	124
6.3. La alteridad en y del relato	135
<b>§ 7. <i>Homo hermeneuticus</i>: plano ético-narrativo</b>	<b>144</b>
7.1. El “holismo narrativo”	146
7.2. Referencia-a-sí y reconocimiento de la persona	157
7.3. La persona: una suerte de conclusión	167

<b>CAPÍTULO III</b>	<b>181</b>
<b>§ 8. Enfermedad: construcción semántica y holista</b>	<b>181</b>
8.1. <i>Illness</i> y <i>disease</i> : perspectiva personal y perspectiva holista	183
8.2. La construcción metafórica de la enfermedad	201
8.3. <i>Pathography</i>	215
<b>§ 9. Ficción médica</b>	<b>234</b>
9.1. <i>Narrative ethics</i>	238
9.2. Medicina narrativa	266
9.3. ¿ <i>Narrative-based medicine</i> vs. <i>Evidence-based medicine</i> ?	284
<b>§ 10. Perspectivas críticas</b>	<b>291</b>
10.1. Contexto teórico-narrativo	291
10.2. Contexto histórico-crítico	302
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>315</b>
<b>§ 11. La identidad relacional</b>	<b>315</b>
11.1. Cambio ontológico	317
11.2. Cambio narrativo	326
11.3. Cambios sociales de la identidad	332
<b>§ 12. La relación médico-paciente y ética narrativa</b>	<b>351</b>
12.1. El <i>juicio médico integrado</i>	353
12.2. El <i>contrato</i>	363
<b>§ 13. La ficción en la bioética</b>	<b>367</b>
13.1. Momento reflexivo y vulnerabilidad: la bioética	370
13.2. Las historias vulnerables	384
13.3. Aportes de la ética narrativa a la relación médico-paciente	395
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>401</b>
<b>A modo de conclusión</b>	<b>401</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>431</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>445</b>
<b>Abreviaciones</b>	<b>461</b>

## Introducción

Las razones de este trabajo arraigan en el punto de encuentro de variados intereses: la pasión por la literatura y la medicina, por un lado; una formación de matriz personalista, recibida por el profesor Armando Rigobello durante la carrera universitaria, por otro. El problema de la comunicación interpersonal se ha vuelto así principal tema de investigación: la apertura lingüística de la identidad humana se ha convertido en vía de acceso a la problemática de la *persona* entendida ahora como cuerpo. La corporeidad, en cuanto fuente simbólica que se da en la realidad del mundo y que atribuye los significados a los mismos hechos existenciales, nos ha llevado a interesarnos por un ámbito preciso: la relación médico-paciente. Tal contexto se presenta en cuanto dimensión comunicativa absolutamente peculiar, en el que convergen sea la temática de la comunicación interpersonal, en cuanto contacto de sensibilidades humanas, sea la de la relación clínica.

Nos habíamos interesado, en un primer trabajo de investigación, por la delineación de un pensamiento personalista de la relación médico-enfermo a partir de un análisis fenomenológico del diálogo entre profesional sanitario y sujeto paciente. Tal trabajo marcaba, en un cierto sentido, los límites de la metodología fenomenológica aplicada al ámbito médico. Lejos de encerrarse en constataciones estériles, esas limitaciones se han abierto y han dado lugar a ulteriores investigaciones. La intuición de una posible y deseable inserción del método hermenéutico justo en el punto crítico del análisis fenomenológico ha favorecido el encuentro con el complejo y fecundo pensamiento de Paul Ricoeur.

El concepto de la constitución simbólico-lingüística de la cultura, de la historia y, por ende, de la identidad humana desemboca, creemos, en la original idea de la identidad narrativa. Aplicar esta noción al problema de la comunicación en la relación médico-paciente implicaría, según nosotros, poder realizar un acercamiento a la alteridad del otro a partir de la fundación de un diálogo auténtico en la apertura de las dinámicas narrativas personales. Esto daría lugar a la delineación de un pensamiento antropológico de tipo personalista, en el que la persona humana es cuerpo, espacio eminentemente expresivo que se relaciona con la realidad fáctica del mundo justamente gracias a la dimensión simbólico-metafórica que le es propia. El cuerpo es lenguaje. El lenguaje estructura la realidad del mundo objetual, fundándola. La realidad adquiere, en este sentido, una valencia relacional y holista fundamental, y la dimensión de la corporeidad se vuelve así eje primordial y originario de la *palabra* que desprende los sentidos y los significados propiamente humanos.

Sin embargo, nuestra atención viene dirigida por un lado hacia el relato de sí en cuanto instancia primaria de expresión de la propia persona y de la corporeidad; y sobre la escucha en cuanto reconocimiento de la humanidad y del ser persona del paciente, por otro. Se evita, voluntariamente, toda referencia al problema de la empatía y a la temática de la relación médico-paciente como problemas autónomos, determinados.

La condisión de un dominio simbólico-cultural común o, de todos modos, metafórico y lingüístico y por tanto inteligible e intersubjetivo, desplegaría la comprensión y la aceptación de la alteridad del otro. La comunidad semántica se vuelve así *humus* en el que se desarrollan las biografías de cada cual, historias que reelaboran los significados



actualizándolos en la fisicidad de la propia corporeidad y del propio momento histórico. La comunidad de los relatos, o *holismo narrativo* en el que nacen los miembros de una sociedad es lo que constituye, pues, la *propiedad* de la historia: se trata de una compleja estructura narrativa en la que las variadas historias de los distintos sujetos de un grupo convergen para formar los movimientos biográficos de cada cual. Los orígenes, las herencias culturales, morales, las tradiciones y el intercambio narrativo se convierten en condiciones existenciales a partir de las cuales cada persona es co-autor de la propia biografía particular. El individualismo biográfico se abre a la comunicación de los sentidos, en un crecimiento personal expresado por la corporeidad en cuanto presupuesto de la interpersonalidad.

El problema de la identidad humana viene así a ser estudiado exclusivamente desde el punto de vista narrativo. No se trata de un trabajo sobre el problema de la persona humana en sí, o de las tendencias que la filosofía analítica más bien que existencial han trazado a lo largo de la historia del pensamiento sobre las aporías del sujeto; sino que se trata de un estudio sobre un determinado ámbito comunicativo en el que convergen problemáticas de la constitución narrativa de la realidad, de las dimensiones semánticas que entran en el contexto de la relación clínica.

Este trabajo no es siquiera una investigación sobre el pensamiento de Paul Ricoeur, sino que se presenta en cuanto tentativa de interpretar y actualizar su filosofía, de modo absolutamente funcional, al discurso que nos interesa llevar a cabo: la delineación de una ética y, eventualmente, de una medicina narrativa que mejore la modalidad relacional del intercambio entre médico y enfermo. No se pretende, por tanto, ser exhaustivos en los análisis que de la filosofía ricoeuriana aquí

se presentan, sino simplemente intentar indicar eventuales caminos reflexivos y aplicativo-prácticos al darse de la relación médico-paciente. La finalidad de nuestro discurso está constituida, por tanto, por unas propuestas para mejorar la calidad de la relación clínica, en la recuperación de la humanidad inscrita en la misión de la medicina y de la relación asistencial. El espacio sanitario se volvería así lugar de negociación con la enfermedad, la muerte y el darse de las relaciones entre paciente y grupo familiar-social.

El trabajo se presenta como una crítica y polémica hacia el generalizado y actual darse de la práctica clínica en las sociedades occidentales, culturalmente dominadas por un pensamiento de herencia científico-cartesiana e individualista muy arraigados en nuestra identidad comunitaria. La atención vendrá, pues, concentrada sobre el rol del paciente en el contexto sanitario: existen, de hecho, unas pocas referencias bibliográficas acerca de la narrativa elaborada por los propios médicos que, sin embargo, no vendrán aquí tomadas en cuenta.

Toda historia es, en realidad, un converger de relatos particulares. Un *humus* vital, en el que confluyen los movimientos de cada cual y que da forma a la particularidad de cada uno de nosotros, a la unicidad de nuestras biografías. En la peculiaridad de nuestros relatos se encuentran los espacios relacionales en los que expresar, mediante la condición, la esencia de la vida humana, que es la relación de unos con otros. Es muy difícil aquí recordar y traer a colación todas las historias que se han entrelazado en el proceso de elaboración y escritura de este trabajo, todas aquellas personas que, de una manera u otra, han encontrado mi

historia personal y han relacionado sus propias historias con mi relato. Sin embargo, quisiera ahora intentar agradecer algunas de ellas, siendo consciente de no poder expresarles aquí lo que realmente debería.

Este trabajo está dedicado a muchas personas. En primer lugar a Leticia Asensio, cuyo recuerdo con su fuerza, coraje, vitalidad y dignidad ejemplar me ha animado siempre y empujado a caminar hacia adelante en los momentos más difíciles, esperando que estas palabras puedan llegarle, vivificar nuevamente esa sonrisa que nunca nos ha abandonado en la memoria.

A mis padres, por su apoyo y fe, por su amor constante y certero; a mis hermanos, y a Davide.

A todos mis colegas y amigos, con sus consejos, ayuda, conversaciones: a María de Lourdes Javier, Solange Cárcamo Landero, Lucia Ivona, Francesco Sciacca, y Juan Antonio Montero.

A todos aquellos que me han acompañado, en el bien y en el mal, en este camino, a los que han creído en mí y a los que han puesto en duda mis convicciones. A los que, en estos años, me han enseñado qué es sufrir y reír, amar y odiar, escuchar y ser escuchado, reconocer y ser reconocido, aceptar y cambiar.

En fin, a todos aquellos que han contribuido a escribir esta historia, este capítulo de mi existencia y que han tomado parte de ello, ayudándome a crecer y a seguir caminando.

A todos ellos: Gracias.



## CAPÍTULO I

### § 1. Hacia una hermeneútica del sí: identidad humana y temporalidad

En el *Conflicto de las interpretaciones*, Paul Ricoeur plantea la hipótesis de una posible intersección entre hermenéutica y fenomenología.<sup>1</sup>

En particular, en la sección titulada *Existencia y hermenéutica*, que constituye la introducción a la obra<sup>2</sup>, Ricoeur avanza la propuesta de una fundamentación hermenéutica del análisis existencial a partir de los informes ofrecidos por el método fenomenológico. Tal camino viene llamado, por nuestro autor, *vía larga*, en oposición a la *vía corta* propuesta por Martin Heidegger, es decir, en oposición a su ontología de la comprensión.<sup>3</sup> Esto quiere decir que, en lugar de una *ontología existencial de la comprensión*, Ricoeur propone una *hermenéutica de la existencia humana*. Su *vía larga* sitúa las cuestiones del comprender ya no en el plano de la originalidad existencial del *Dasein*, sino en el plano del lenguaje, lugar privilegiado del comprender e instancia de un proyecto hermenéutico fundamental.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> "Mi propósito es explorar aquí las vías abiertas a la filosofía contemporánea por aquello que podría llamarse *el injerto del problema hermenéutico sobre el método fenomenológico*" CI, 7, vol. 1.

<sup>2</sup> Cfr. CI, 17-37.

<sup>3</sup> "Llamo 'vía corta' a esta ontología de la comprensión porque, evitando los debates sobre el *método*, se vuelca de golpe al plan de una ontología del ser finito, para encontrar allí el *comprender* no como un modo de conocimiento, sino como un modo de ser" CI, 10, vol. 1.

<sup>4</sup> "La dificultad de pasar del comprender como modo de conocimiento, al comprender como modo de ser, consiste en esto: es en la comprensión que es un resultado de la analítica del *Dasein* en la que y por la que este ser se comprende como ser. ¿No es en el lenguaje mismo que es necesario buscar una vez más la indicación de que la comprensión es un modo de ser?" CI, 15, vol. 1.

El plano lingüístico resulta ser, pues, la vía de acceso a la existencia humana misma: el nivel semántico se relacionará con el nivel reflexivo para restituir el perfil de una existencia compleja e ineluctablemente mediada por el lenguaje. El sujeto que emergerá de tal análisis, ya no será el *cogito* de Descartes, sino un sujeto cuya existencia se presentará a partir de una labor exegética y hermenéutica infinita.<sup>5</sup> El ser del ser humano, pues, se presenta como un *ser-interpretado interpretando*: un movimiento de autolectura, un gerundivo existencial, en la no-transparencia de su ontología lingüística.

Finalmente, la fenomenología del último Husserl, que ya había planteado el camino hacia una ontología de la comprensión, había concluido en un nuevo idealismo. Ricoeur critica, justamente, tal encierre idealista de la fenomenología, y avanza una hipótesis de acceso al problema de la identidad humana a través del desciframiento de todos aquellos símbolos y signos que estructuran la constitución misma del universo humano, incluso de la misma *Lebenswelt*.<sup>6</sup> En tal sentido, el problema del acceso a la identidad humana se vuelve ahora problema hermenéutico.

---

<sup>5</sup> "Pero el sujeto que se interpreta al interpretar los signos no es más el *Cogito*: es un existente que descubre, por la exégesis de su vida, que está puesto en el ser aun antes de que él se ponga y se posea. De este modo, la hermenéutica descubriría una manera de existir que permanecería, de un extremo al otro, *ser-interpretado*. Sólo la reflexión, aboliéndose ella misma como reflexión, puede conducir a las raíces ontológicas de la comprensión. Pero esto no cesa de ocurrir en el lenguaje y por el movimiento de la reflexión. Tal es la ardua vía que vamos a seguir." CI, 15- 16, vol. 1.

<sup>6</sup> Quizás se podría decir que la misma *Lebenswelt* está constituida a partir de una instancia lingüística, en las formas de la cultura, de las creencias religiosas, etc...que constituyen la herencia existencial de cada sujeto que, al nacer, se encontraría ya situado en ellas. Ricoeur propone, entonces, una definición de símbolo: "*Llamo símbolo a toda estructura de significación en que un sentido directo, primario, literal, designa por exceso otro sentido indirecto, secundario, figurado, que no puede ser aprehendido más que a través del primero*. Esta circunscripción de las expresiones de doble sentido constituye propiamente el campo hermenéutico. (...) *la interpretación es el trabajo de pensamiento que consiste en descifrar el sentido oculto en el sentido*

El sujeto se caracterizaría por una estructura dinámica y abierta: el acceso al yo viene a ser realizado, pues, sólo mediante la *otredad* de los símbolos y de los signos culturales, religiosos, históricos, etc..., es decir, sólo gracias a la alteridad de todas aquellas estructuras temporales y de significados dentro y a partir de las cuales el yo ya se encuentra situado en cuanto agente.

Lo que queremos aquí proponer es, pues, una lectura de algunas de las obras de Ricoeur, lectura que se llevará a cabo no en un sentido cronológico, sino temático. En pocas palabras, intentaremos realizar un análisis de la antropología filosófica que Ricoeur plantea, a la luz de su hermenéutica fenomenológica: recorreremos oblicuamente sus obras, leyendo su antropología a través de la lente de la relación existente entre el problema de la identidad humana y la temporalidad.

Veremos, pues, cómo se articula y caracteriza el problema de la identidad (que nunca dejará de ser, para Ricoeur, una identidad corpórea, física, concreta, histórica, situada y mediada), en relación con el problema de la temporalidad, escenario de la existencia humana, de sus obras y de sus manifestaciones, es decir, cómo la identidad es una variable relacional que permanece en el tiempo; cómo tal dinámica se transforma, a lo largo de la obra ricoeuriana, en teoría de la acción y dialéctica entre *arqueología* y *teleología* del sujeto (una dialéctica entre una lectura histórico-hermenéutica de la identidad y su proyección en el horizonte de la totalidad realizante); cómo la temporalidad del ser-proyecto es parte de la misma desproporción humana, o sea, cómo la temporalidad es constitutivamente origen de la labilidad existencial del hombre; cómo la

---

*aparente, desplegar los niveles de significación implicados en la significación literal"*  
CI,17, vol. 1.

relación entre identidad y temporalidad nos conduce al problema del reconocimiento y a la delineación de una ética narrativa.

### 1.1. Reflexiones metodológicas y el primado de la mediación

El problema constantemente tomado en consideración por Ricoeur, y que viene planteado y críticamente observado siempre desde puntos de vista distintos, es el de una comprensión de la existencia y de la identidad humanas. Podríamos decir que, a lo largo de su obra, Ricoeur ha realizado un profundo análisis en el que metodología y antropología filosófica proceden paralelamente, construyendo así un cuadro del problema de la identidad humana siempre más complejo.

En realidad, no sería preciso hablar de un primero y de un segundo Ricoeur, según las metodologías y las temáticas adoptadas y examinadas por él a lo largo de su producción filosófica. Es preciso, en cambio, reconocer las evoluciones que su pensamiento ha cumplido durante toda su labor intelectual. Así que podríamos decir que mientras su *Philosophie de la volonté* (1950) realiza una descripción eidética del hombre (a la hora de plantear la reciprocidad de voluntario y de involuntario, matriz y, al mismo tiempo, límite de la libertad humana), en *l'Homme faillible* (1960) el concepto de labilidad viene a ser dibujado a partir de un método trascendental que, sin embargo, ya se abre al ámbito hermenéutico.<sup>7</sup>

A partir del capítulo principal de *Finitud y culpabilidad* (1960), titulado *La simbólica del mal*, y en la sección llamada *El símbolo da que pensar*, Ricoeur empieza a plantear una posible inserción del método

---

<sup>7</sup> Véase, L. Fidalgo Benayas, *Hermenéutica y existencia humana. El pensamiento de Paul Ricoeur*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1996, pgg. 9-15.



hermenéutico dentro de los análisis trascendentales, a la hora de enfrentar problemáticas antropológicas.

En la relación entre voluntario e involuntario, así como en la mediación mítica y en la representación simbólica del mal, Ricoeur ve la clave interpretativa de una conflictividad constitutiva del ser humano: el hombre es, en esencia, conflicto y mediación.<sup>8</sup>

Tal mediación viene configurada, por Ricoeur, *in primis* como reciprocidad de voluntario e involuntario, en cuanto tensión de una subjetividad que intenta llevar lo involuntario a la inteligibilidad gracias a la articulación de lo voluntario; como reconciliación entre necesidad (en cuanto manifestación de lo involuntario) y voluntad misma. La mediación y la reciprocidad entre estas instancias se expresan, pues, en la relación entre la figura del hombre agente y la del hombre paciente, es decir, en la delineación de una fenomenología de la acción y una fenomenología de la pasión, o sea, de la afectividad. En efecto, a la base de la dialéctica entre hombre agente y paciente, se situaría la dimensión afectiva del ser humano, cual elemento que detecta la existencia humana misma, en cuanto encarnada y conflictiva. El sentimiento desvela al hombre su ser mediación: en la dimensión afectiva, la mediación posee el nombre de conflicto y, gracias a ella, el ser-mediación del hombre viene captado en cuanto tal. La dimensión afectiva marca la ambivalencia del ser humano: su ser tensión entre finitud e infinitud; entre su ser situado y su ser dotado de síntesis imaginativa, de habla; tensión de un ser que, siendo labil, puede elegir el mal. La libertad es, pues, el campo de batalla de la mediación y del

---

<sup>8</sup> "Si el hombre es intermedio entre el ser y la nada, es porque *previamente* opera *mediaciones* en las cosas: su puesto de intermediario es *primero* su función mediadora entre lo infinito y lo finito en las cosas." FC, 66.

conflicto, y la ontología humana el reino de la desproporción. Justamente por eso Ricoeur define la ontología humana "quebrada".

Asimismo, existe un conflicto entre la perspectiva finita propia del ser-situado corporal y la trascendencia de la significación de la palabra, trascendencia que posibilita la misma reflexión sobre el punto de vista y, en última instancia, sobre la finitud, sobre el límite.<sup>9</sup>

La misma hermenéutica que Ricoeur elaborará a lo largo de su obra, destacará por su carácter conflictual, revelando así una ontología "quebrada", una existencia comprometida con y en la desproporción<sup>10</sup> y, sin embargo, abierta en su viva polisemia.

Así se podría decir que *Finitud y culpabilidad* ya marcaría el principio del *hermeneutics turn* que Ricoeur llevará a cabo a través de toda su producción: el símbolo, el signo y, finalmente, el lenguaje se volverán elementos centrales de la reflexión ricoeuriana sobre la identidad y la constitución de la acción y de los valores humanos. Presentando el símbolo cual medio ancestral para la transmisión, traducción y tradición humana, Ricoeur subraya que el símbolo representa la instancia concreta y unitaria de lo que las interpretaciones separan durante el darse del proceso hermenéutico. La hermenéutica filosófica se presenta, pues, como método para intentar mediar los conflictos suscitados por la pluralidad y conflictividad de las interpretaciones.<sup>11</sup>

La caracterización del símbolo y del signo, cuales elementos de una mitología que explique, a través de la figura de la culpa cual mancha, la configuración del mal en el ser humano, abre el camino a una

---

<sup>9</sup> Cfr. FC, 52. Y: "La dialéctica del *nombre* y de la *perspectiva* es por identidad la dialéctica de la *infinitud* y de la *finitud*." FC, 51.

<sup>10</sup> "L'antropologia di *L'homme faillible* ci suggerisce l'idea che il segreto del conflitto delle ermeneutiche vada cercato nell'ermeneutica del conflitto che appartiene alla costituzione antinomica e paradossale di quel misto d'infinito e di finito che è l'uomo." D. Jervolino, *Introduzione a Ricoeur*, Morcelliana, Brescia, 2003, pg. 38.

<sup>11</sup> Cfr. D. Jervolino, *Introduzione a Ricoeur*, Morcelliana, Brescia, 2003, pg. 42.

ontología lingüística que pronto resultará en fundación lingüística de la ontología. Se trata, pues, de vislumbrar el carácter eminentemente lingüístico de la existencia humana. Tal carácter lingüístico vendrá puesto en relación con la ontología “quebrada” elaborada por Ricoeur a partir de sus primeras obras, y sobre todo en *Sí mismo como otro*.

En el prefacio de tal obra, Ricoeur plantea su programa dibujando tres de los temas principales que desarrollará a lo largo de los diez estudios que constituyen su indagación en el problema de la identidad: la desviación de la reflexión a través del análisis (filosofía analítica); la dialéctica entre la *ipseidad* y la *mismidad*; y la relación entre la *ipseidad* y la *alteridad*.<sup>12</sup>

Ricoeur afirma que existiría un primado de la mediación reflexiva respecto a la intuición inmediata del sujeto: la labor que nos correspondería cumplir sería, pues, la de llevar a cabo un análisis, una exploración de las mismas posibilidades expresivas que los seres humanos somos. Ricoeur llama tal proceso *fenomenología hermenéutica del sí*. Esta sería, pues, la primera intención de nuestro autor, intención que podríamos definir *metodológica*: la delineación del problema del símbolo en cuanto instancia reveladora de una hermenéutica del sí. En este sentido, Ricoeur cumple una confrontación muy interesante entre filosofía reflexiva o filosofía del sujeto y filosofía analítica. Para hacer esto, pone la pregunta *¿quién?* justo en el centro de las cuestiones lingüísticas, intentando detectar aquel sujeto que es, al mismo tiempo, sujeto gramatical, lógico y autor de acciones, es decir, sujeto agente. Así, en el diálogo llevado a cabo con Strawson (estudio I), la temática de la *adscripción* nos lleva a concluir que el yo, sujeto lógico-gramatical en cuanto agente de actos que pueden serles

---

<sup>12</sup> Cfr. SCA, 75-102. Véase, en particular, pg. 92.

adsritos y de los cuales es, por ende, responsable, es la *persona*. En este sentido, viene a plantearse una relación muy estricta entre una semántica de la acción y una pragmática del discurso, relación que tiene su cruce en el concepto de la adscripción misma y de la atestación. Esto quiere decir que el eje entre dimensión semántica de la acción y la de una pragmática del discurso es la responsabilidad ética (responsabilidad que se revela, en este contexto, criterio de identificación del sujeto). Sin embargo, el proceso de adscripción y atestación vienen obstaculizados por la no completa transparencia y no coincidencia del sí consigo mismo y la diferencia existente entre yo y sí, diferencia que sería la matriz de la identidad personal. Así el espacio ontológico de esta diferencia se configuraría en cuanto “quiebra”, desproporción constitutiva de la identidad en el núcleo de la identidad humana.

Podríamos, pues, decir que la primera parte de la antropología filosófica ricoeuriana, en la que parecerían ser predominantes los temas trascendentales de la libertad y labilidad humanas, correspondería a una suerte de antropología del conocimiento que desemboca en una antropología de la afectividad, cual índice de la desproporción humana. Estas dos vertientes antropológicas convergerían, pues, en una síntesis práctica que sería la *persona*. La investigación se iría abriendo hacia la dimensión lingüística, también ella “quebrada”, en la conflictividad de las interpretaciones. Esto quiere decir que el sujeto humano se constituye como un ente que no puede auto-poseerse ni auto-comprenderse completamente. El espacio de la diferencia ontológica abre la constitución de la persona a la comunicatividad lingüística y, consecuentemente, al ámbito de la investigación hermenéutica.

A partir de estos presupuestos, podríamos decir que el intento de Ricoeur se concretaría en un proceso de *reapropiación del yo*.<sup>13</sup>

El yo resultaría ser, a través de tal digresión en el análisis lingüístico, ya no un principio de existencia apodíctico, inmediato e inmutable.<sup>14</sup> El psicoanálisis y la dialéctica entre voluntario e involuntario, ya lo habían evidenciado: el yo es una instancia irremediablemente mediada.

En *Del texto a la acción*, Ricoeur afirma que no se da comprensión del sí, si no gracias a un proceso hermenéutico que interprete la mediación constitutiva del ser humano. El hombre resultaría, pues, mediado a través de signos (herencia mitológica); símbolos (herencia cultural); textos (herencia lingüística en la dialéctica originaria del proceso de escritura-recepción-lectura, es decir, entre los procesos de producción y distanciaci3n).<sup>15</sup> El ser humano se presenta, pues, constitutivamente histórico, y eso en un doble sentido: no sólo en virtud de su constituci3n física y corporal, que lo encarnaría y lo situaría en un determinado y definido momento del mundo y de la temporalidad, sino también en nombre de su identidad ineluctablemente constituida dentro de condiciones y situaciones de historicidad, a partir de las cuales cada cual es. Sin embargo, es importante subrayar, con Daniella Iannotta, que el reconocimiento de esta estructura lingüística y decible de la experiencia humana no es sinónimo, para Ricoeur, de una

---

<sup>13</sup> "L'attività del cogito è questa attività interpretante che mediante la riflessione intende recuperare la densità dell'atto di esistenza mediante l'interpretazione appunto dei segni dell'agire umano <<perduti nel mondo della cultura>>." A. Rigobello, *Prefazione al Conflitto delle interpretazioni*, Cl, pg. 7.

<sup>14</sup> D. Iannotta dice: "(...) non può darsi una intuizione originaria dell'io poiché il mio aprirmi a me, agli altri, alle cose, accade sempre già dentro ad un orizzonte di precomprensione, che è necessariamente ermeneutico." D. Iannotta, *L'alterità nel cuore dello stesso*, introducci3n a SCA, pg. 19. La intuici3n fenomenológica, pues, no resulta ser una metodología adecuada para poder hablar del yo. Es preciso buscar, al fin de poder analizar la identidad humana, un proceso de lectura, es decir, una fundamentaci3n hermenéutica del método.

<sup>15</sup> Cfr. TA, 28-30.

absolutización de la dimensión del lenguaje mismo. Existe un nivel pre-lingüístico de la experiencia que constituye el substrato fenomenológico de la hermenéutica.<sup>16</sup>

Identidad y temporalidad resultan estar, pues, relacionadas de una manera originaria: la identidad no sólo existe y se da en el tiempo, sino que en él se explica y se despliega. El tiempo es, entonces, el nudo ontológico y óntico entre la identidad y su propia existencia. Es su posibilidad fáctica.

Podríamos decir que uno de los problemas claves para caracterizar la identidad personal, es su relación o permanencia en el tiempo. Tal problema viene articulado en las relaciones entre tres conceptos fundamentales, en el pensamiento de Ricoeur: la *ipseidad*, la *mismidad* y la *alteridad*. Sin embargo, ya veremos cómo la “relacionalidad” entre ipseidad y alteridad es la temática fundante de toda la teoría de la identidad personal que, finalmente, constituye el núcleo de la filosofía ricoeuriana.

## 1.2. Ipseidad y mismidad, ipseidad y alteridad

Una de las articulaciones que ven relacionadas la identidad y la temporalidad está constituida por la díada *ipseidad-mismidad*.

Tal relación se configura como la segunda instancia programática de la fenomenología hermenéutica del sí, presentada en *Sí mismo como otro*.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Cfr. D. Iannotta, *L'alterità nel cuore dello stesso*, introducción a SCA, pg. 25 y RF, 119-120.

<sup>17</sup> “La segunda intención filosófica (...) es la de disociar dos significaciones importantes de la identidad (...), según que se entienda por idéntico el equivalente del *idem* o del *ipse* latino. Lo equivoco del término ‘idéntico’ estará presente en nuestras reflexiones

Iipseidad y mismidad representarían, en el pensamiento de Ricoeur, la relación existente entre identidad y temporalidad.<sup>18</sup>

Ricoeur dice:

La propia identidad, en el sentido de *idem*, desarrolla una jerarquía de significaciones (...) cuya *permanencia en el tiempo* constituye el grado más elevado, al que se opone lo diferente, en el sentido de cambiante, variable. Nuestra tesis constante será que la identidad en el sentido de *ipse* no implica ninguna afirmación sobre un pretendido núcleo no cambiante de la personalidad. (SCO, XII-XIII).

La identidad-*idem* (que él llama *mismidad*) y la identidad-*ipse* (que llama *ipseidad*) no son dimensiones yuxtapuestas o distintas de la identidad,<sup>19</sup> sino las dos modalidades relacionales a través de las cuales el yo existe en el tiempo. El concepto de mismidad, en cuanto elemento de reidentificación haría referencia, según Ricoeur, a una dimensión *numérica* (el *idem* implica un concepto de identificación y de reidentificación, es decir, de relación y de relaciones); *cualitativa* (o sea, un proceso de reidentificación de los caracteres del sujeto permanentes en el tiempo); y a una dimensión *genética* (una identidad ininterrumpida en la continuidad del tiempo gracias a la inmutabilidad y definición del código genético que nos individualiza en cuanto sujeto

---

sobre la identidad personal y la identidad narrativa, con relación a un carácter importante del *sí*, su temporalidad" SCO, XII.

<sup>18</sup> " [la distinzione fra *medesimezza* e *ipseità*] (...) concerne le due differenti maniere in cui l'identità persona si rapporta al tempo- più precisamente, due maniere di perseverare, di manifestare la permanenza nel tempo di un nucleo personale: secondo la *medesimezza* o secondo l'*ipseità*." RF, 117-118.

<sup>19</sup> Esta, creemos, es la equivocación en la que cae H.I.Venema en su *Identifying selfhood. Imagination, narrative and hermeneutics in the thought of P. Ricoeur*, State University Press of New York, New York, 2000.

desde el nacimiento).<sup>20</sup> La identidad-ipse, en cambio, se desplegaría en el proceso de mantenimiento de sí, en una voluntad de autoafirmación originaria que se llama constancia.<sup>21</sup>

La existencia humana se revela, entonces, en cuanto variable relacional respecto a su permanencia en el tiempo.

Mientras la ipseidad representaría, diríamos, la personalidad del sujeto, su ser tal de modo permanente (pero no inmutable), la mismidad representaría su ser siempre lo mismo en el tiempo. Estas instancias se presentan, pues, como la raíz de todo proceso de reidentificación del sí consigo mismo, gracias a la coincidencia entre ipse e idem en el cuadro espacio-temporal de la existencia situada.<sup>22</sup>

Será con la teoría narrativa de la identidad que la dialéctica entre ipseidad y mismidad encontrará su aparente solución.<sup>23</sup>

En este sentido, se podría decir que mismidad e ipseidad tienen su manifestación en dos formas de empeño humano: el empeño por la memoria, por el recuerdo, y el empeño por la promesa.<sup>24</sup>

En tales formas de compromiso radica el problema de la atestación de la identidad personal cual esfuerzo por un autoreconocimiento en las directrices del pasado, del presente y del futuro, en la interpersonalidad de la memoria (en cuanto ésta está construida por el recuerdo de

---

<sup>20</sup> Cfr. RF, 118. No se tomará en consideración la teoría y las reflexiones ricoeurianas sobre la caracteriología cual límite entre ipse e idem. Para eso, véase SCA, 207-212.

<sup>21</sup> Cfr. J.A. Sierra, *La "promesa" en Paul Ricoeur*, Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Facultate Philosophiae, Pontificia Universidad Gregoriana, Roma, 2002, pgg. 104-106.

<sup>22</sup> Cfr. SCA, 109.

<sup>23</sup> Cfr. SCA, 205-206.

<sup>24</sup> "(...) en el momento de la efectucción, la memoria y la promesa se sitúan de modo diferente en la dialéctica entre la mismidad y la ipseidad, los dos valores constitutivos de la identidad personal: con la memoria, se acentúa principalmente la mismidad (...); con la promesa, la predominancia de la ipseidad es tan abundante que la promesa se evoca fácilmente como paradigma de la ipseidad." CR, 119.



otros), en la presencialidad de un sí que se autoatesta, y en la posibilidad de una promesa para cumplir.<sup>25</sup>

La memoria es, pues, la atestación de una identidad personal que se autoreconoce en el propio pasado en cuanto sí mismo, abierto a la interacción interpersonal en el mundo pasado (alteridad del tiempo), en el mundo de las cosas (alteridad mundanal) y en el mundo de los demás (alteridad intersubjetiva).

La memoria es lo que nos sitúa en el presente, lo que nos coloca en un posible proceso de atestación, en una posible semántica de la temporalidad misma.

En este sentido memoria y atestación se entrecruzan en la presencialidad de una existencia que es consciente de sí. Tal consciencia, a su vez, se despliega en el futuro de la promesa.<sup>26</sup>

La atestación de sí es presupuesto y resultado de la constancia de una promesa mantenida. La promesa siempre involucra a otro: en este sentido, el prometer es acción irreductiblemente interpersonal en la que la identidad se autoatesta y se adscribe una acción por venir. En la promesa viene jugada toda la valencia ontológica del lenguaje, en la medida en que, en el prometer, decir y hacer coinciden. En tal coincidencia reside, pues, la constitución de una identidad ineluctablemente comprometida con el otro. La atestación del sí que elige prometer se abre a una responsabilidad para con la alteridad, sea la del lenguaje, sea la del otro al que promete. Semántica de la acción, pragmática, lingüística y responsabilidad vienen a converger en la

---

<sup>25</sup> Esta argumentación nos recuerda la dinámica entre arqueología y teleología del sujeto, en la medida en que la memoria se presentaría como estructura narrativa de las experiencias, mientras la promesa como compromiso de realización del ser humano en la totalidad de la felicidad.

<sup>26</sup> "Esta ipseidad (...) consiste en una voluntad de constancia, de mantenimiento de sí, que pone su sello en una historia de vida enfrentada a la alteración de las circunstancias y a las vicisitudes del corazón." CR, 137.

apertura del autoreconocimiento del sí mismo que se autorepresenta en cuanto capaz de actuar, decir, prometer y mantener. En este sentido, podríamos decir que el *Gewissen*, expresado por Ricoeur principalmente con el término *convicción*, y la adscripción de la responsabilidad inscrita en el acto de prometer, son bases para el proceso de autoreconocimiento y, por ende, para el de la auto-atestación.

Sea la memoria, sea la promesa, se expresan en el plano lingüístico-narrativo: la primera en cuanto historia, la segunda en cuanto compromiso concreto y práctico hacia el otro, es decir, en cuanto acto ético.

En este sentido, es importante subrayar el valor y la importancia que tiene la institución humana de la "comunidad" en cuanto garante de la valencia misma del lenguaje. Memoria y promesa están ineluctablemente insertadas dentro de la institución del lenguaje.<sup>27</sup>

En el plano moral, el olvido o la manipulación por un lado, y la traición por otro, constituyen el límite del desconocimiento del sí mismo. Una memoria borrada o forzada, cambiada o manipulada mina los fundamentos del autoreconocimiento; asimismo, traicionar la palabra dada a otro quiere decir destabilizar la institución ontológica del lenguaje y destruir la confianza de la espera del otro.

Existe, pues, una responsabilidad, sea hacia la memoria, sea hacia la promesa: tal responsabilidad es lo que se llama *fidelidad*. Ser fieles a la memoria en cuanto historia, es ser fieles a nuestra existencia, es autoreconocerse en cuanto sujeto interpersonal e intersubjetivo, que se relaciona con la alteridad del tiempo y de los demás. Ser fieles a los

---

<sup>27</sup> Cfr. J.A. Sierra, *La "promesa" en Paul Ricoeur*, Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Facultate Philosophiae, Pontificia Universidad Gregoriana, Roma, 2002, pg. 30.

otros en la promesa es autoatestarse en cuanto sujeto capaz de mantenerse en la valencia del lenguaje ontológicamente significativo. Memoria y promesa, ipseidad y mismidad son, en conclusión, las modalidades gracias a las cuales la identidad personal explicita su relación con el tiempo, relación que, como veremos, se concreta en la identidad narrativa y que toma expresión en las diferencias temporales de los verbos del relato. Ricoeur dice:

A mi entender, la verdadera naturaleza de la identidad narrativa sólo se revela en la dialéctica de la ipseidad y de la mismidad. En este sentido, esta última representa la principal contribución de la teoría narrativa a la constitución del sí. (SCO, 138).

Esto quiere decir que, la misma mediación entre ipseidad y mismidad acontece en el plano de la temporalidad: la identidad narrativa se volvería, pues, espacio de conciliación entre ipse e idem,<sup>28</sup> caracterizándose en la figura del personaje del relato y siendo mediada por las *variaciones imaginativas* propias de tal identidad narrativa.<sup>29</sup>

La tercera intención filosófica que Ricoeur propone en *Sí mismo como otro* es el análisis de la díada *ipseidad-alteridad*.

En realidad, tal instancia no se puede separar de la problemática del reconocimiento y, más en lo específico, del reconocimiento del otro, que veremos más adelante.

Alteridad posee aquí la valencia de *otredad*.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Cfr. SCA, 214.

<sup>29</sup> Cfr. SCA, 240.

<sup>30</sup> "Si profila la dialettica del *proprio* e dell'*estraneo*- (...) - che descrive l'essere-in-situazione come un sé nell'altro, ove l'altro assume la figura del corpo proprio, dell'alterità dell'altro, dell'alterità del mondo. La composizione dei termini dispone

En este sentido, Ricoeur dice:

*Sí mismo como otro* sugiere, en principio, que la *ipseidad* del *sí mismo* implica la *alteridad* en un grado tan íntimo que no se puede pensar en una sin la otra, que una pasa más bien a la otra. (SCO, XIV).

El *sí* es *sí* en cuanto *otro*.

El concepto de alteridad, en el pensamiento de Ricoeur, posee un carácter polisémico muy complejo, en la medida en que alteridad aquí no puede ser reducida a la alteridad del otro, de la otra persona. La alteridad es polo constitutivo en el seno de la identidad, en su interioridad más profunda, y es lo que confiere a la identidad personal su carácter abierto, dinámico e interpretable. El yo no es principio monádico, apodíctico, sino que es criterio relacional originario, y la alteridad se configura como su propia originariedad. J. A. Sierra Parra dice que "la presencia y el trabajo de la alteridad en el interior de la ipseidad, es expresada por Ricoeur entretejiendo un discurso fenomenológico sobre las experiencias de pasividad, con un discurso ontológico sobre las modalidades de alteridad correspondientes a estas experiencias. La alteridad designa el objeto del discurso especulativo y la descripción de la experiencia de pasividad, como la que atestigua dicha alteridad."<sup>31</sup>

La alteridad es polisémica. Su polisemia enriquece, constituyéndola, la identidad personal que emerge, pues, de la relación entre ipseidad-

---

all'esperienza di sé come un altro, cioè all'esperienza di una costante tensione nell'impossibilità di una autotrasparenza fondativa." D. Iannotta, *L'alterità nel cuore dello stesso*, introducción a SCA, pg. 14.

<sup>31</sup> J.A. Sierra, *La "promesa" en Paul Ricoeur*, Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Facultate Philosophiae, Pontificia Universidad Gregoriana, Roma, 2002, pg. 61.

alteridad misma. Así que se podría decir que la alteridad aparece, a lo largo de toda la obra ricoeuriana, con criterios distintos y según la articulación de diversas formas. Otro es lo involuntario que es recíproco de la voluntad, en una figura paralela a la de no-consciente y consciente; Otro es el límite de la humanidad del hombre, que constituye también el límite de su libertad; Otro es el límite de la desproporción humana que funda el concepto de mediación; Otro es la dimensión de la afectividad en cuanto elemento revelador de la afección-relación para con el mundo de las cosas y de los demás; Otro es el interlocutor.

En este sentido, la *otreidad* de la palabra es la que configura el mundo humano mismo, en la medida en que parece ser cierta la proposición wittgensteiniana según la cual el confín del lenguaje es también confín del mundo. Tal confín representa el desplegarse de la otreidad y de la trascendencia semántica de la palabra misma.

Tal otreidad es, pues, fuerza viva que puede modificar la ontología del mundo, si se acepta la hipótesis propuesta por Ricoeur en *La metáfora viva*. La polisemia de la palabra, de su otreidad, configura dinámicamente el mundo y su ontología; hasta que se quede viva, polisémica, rica, la palabra abrirá siempre nuevas combinaciones y dimensiones de la otreidad. Y tal alteridad revela también la polisemia de la identidad personal, en cuanto manifestación de ella.

Toda la argumentación que sigue, en el presente trabajo, quiere ser, entonces, un análisis de cómo la identidad personal se encuentre justamente en el seno de esta relación.

En tal sentido, podríamos decir que el concepto de alteridad es raíz también de la relación existente entre la delineación del hombre en cuanto *capax-patiens*. Si la identidad personal está construida en el eje

relacional de ipseidad-alteridad, y si la identidad del hombre se da en cuanto *capax-patiens*, entonces tiene que existir una relación también entre la alteridad y la teoría de la acción. Alteridad viene a asumir, pues, en la constitución del ser humano, la valencia de pasividad, en la medida en que la pasividad, entendida como límite, es la que abre el espacio y la posibilidad a la acción en cuanto tal.

Caracterizaremos, pues, la alteridad en cuanto pasividad e intentaremos analizar lo que Ricoeur llama, especialmente en *Sí mismo como otro*, el *trípode de la pasividad*.

## **§ 2. La corporeidad: el ser-situado y la historicidad**

Hemos visto, pues, como la hermenéutica del sí viene desarrollada a lo largo de *Sí mismo como otro* en la articulación de tres instancias: reflexión a través del análisis, dialéctica ipseidad-mismidad y relación entre ipseidad y alteridad.

La primera viene elaborada por Ricoeur gracias a una profunda confrontación con la filosofía analítica, temática que no tomaremos en consideración aquí. Tal encuentro se realiza mediante una incursión en la filosofía del lenguaje (estudios I y II); y en la filosofía de la acción (estudios III y IV) en la acepción analítica del término.

Sin embargo, el problema fundamental se ha quedado en el fondo: el *¿quién?*, constituido por el sujeto gramatical y lógico, permanece un sujeto anónimo, sin sombra ni espesor, un yo sin personalidad ni humanidad. Así que la cuestión de la identidad personal emerge con gran urgencia, delineándose como un problema que tiene implicaciones éticas (estudios V y VI). Hemos visto que el primer nudo

temático era el de la relación entre ipseidad y mismidad. En tal relación, la problemática de la identidad personal venía relacionada originariamente con la cuestión del tiempo, encontrando una posible resolución en el concepto de identidad narrativa. La identidad narrativa parecería conceder un nuevo sentido a la teoría de la acción, mediante la configuración narrativa de las experiencias humanas de acción, por un lado, y de *pasión* por otro.<sup>32</sup> Insertando tal concepto de la identidad narrativa, la argumentación entra en un ámbito ético-moral (estudios VII-VIII-IX) gracias a la elaboración, por parte de Ricoeur, de una *pequeña ética* de inspiración aristotélica.

Desde el concepto de *atestación* del sí mismo, concepto que hacía referencia al concreto empeño ontológico de la obra ricoeuriana, pasaríamos aquí al de la *imputación* moral de una acción.<sup>33</sup> Ontología y ética parecen, pues, estar relacionados a partir de una hermenéutica del sí y de una teoría de la acción.

En realidad, a pesar de la fragmentariedad de los estudios y de la aparente diversidad de los temas tratados en ellos, *Sí mismo como otro* es una obra dedicada, fundamentalmente, al análisis de dos conceptos: la alteridad y la acción humana.

En el diálogo con la filosofía analítica, la alteridad se presenta bajo la diversidad y la variedad de los pronombres personales; en la dinámica de la acción, ella emerge en cuanto perfil de la alteridad del otro; y en el último grupo de estudios, toma la forma de toda la complejidad del

---

<sup>32</sup> "La scelta del livello narrativo come luogo della messa alla prova della dialettica dell'identità trova una giustificazione supplementare nel fatto che la finzione a titolo principale, ma anche la storia e l'introspezione a un grado inferiore, permettono di esplorare la scala delle variazioni del legame fra le due modalità dell'identità." RF, 119.

<sup>33</sup> Cfr. SCA, 75-102.

ser humano.<sup>34</sup> Creemos, por lo tanto, poder decir que el ser humano que emerge desde la antropología filosófica ricoeuriana, se podría caracterizar según estas dos instancias: el sí mismo *en cuanto otro* y el *homo capax*, teniendo en cuenta la alteridad implícita en el concepto de identidad y en la teoría de la acción. Más adelante veremos cómo la imagen del *homo capax* sólo es una modalidad de una identidad, aún más compleja, constituida por la díada *homo capax-homo patiens*, en la medida en que actuar y padecer (y, al límite, sufrir) pertenecen al mismo ámbito ontológico humano.

Alteridad y pasividad resultan, pues, estrictamente relacionadas en la medida en que ambas concurren al proceso de atestación llevado a cabo por la identidad, atestación que, como hemos visto, desembocará en un discurso ético con la introducción del factor de la imputación. Veamos, pues, en qué sentido la meta-categoría del *alter* es índice de lo que Ricoeur perfila en cuanto *trípode de la pasividad*.

## 2.1. El trípode de la pasividad

La articulación de la alteridad en tres instancias de pasividad, permite a Ricoeur poder atribuir al término *alter* un valor polisémico que lo sustraería a la reducción del binomio alter-otro, o alteridad del Otro.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Se puede decir que la meta-categoría del *alter* "presiede a una *dispersione* delle sue espressioni fenomenologiche. Queste si lasciano collocare sotto il titolo comune di *esperienze di passività*." (RF, 121), o lo que Ricoeur llama el *trípode de la pasividad*.

<sup>35</sup> "Hemos anunciado (...) el carácter *polisémico* de la alteridad, el cual-...- implica que el Otro no se reduzca, como se afirma fácilmente, a la alteridad del Otro." SCO, 352. Cfr. también RF, 121. Esto porque, en la misma dialéctica de ipse-idem, es decir, en la ambivalencia de la identidad frente a la temporalidad, la ipseidad se revela polisémica abriendo también el espacio a la polisemia de la alteridad. La alteridad es presente, pues, en el seno del sí mismo. Cfr. SCA, 432.



Alteridad, pasividad y atestación resultan estrictamente conectadas, en la medida en que la pasividad es atestación de la alteridad.<sup>36</sup>

Tal atestación en la pasividad revelaría, pues, la imposibilidad de poner el sí mismo como fundamento apodíctico de todo discurso sobre la identidad. La atestación misma se revela, en última instancia, como vislumbrada y articulada en las variadas formas que asume el concepto de pasividad. Ricoeur dice explícitamente que la pasividad es la atestación de la alteridad, es decir, de la identidad.<sup>37</sup>

Tales formas de pasividad son, en el pensamiento de Ricoeur, tres:

- Cuerpo propio o *carne*- dimensión de la corporeidad;
- Extraño- dimensión de la intersubjetividad;
- Conciencia (*Gewissen*)- dimensión de la interioridad (no necesariamente en la acepción de la conciencia moral).

Ricoeur, al propósito, dice:

Una nueva dialéctica de lo Mismo y de lo Otro es suscitada por esta hermenéutica que, de múltiples formas, atestigua que lo Otro no es sólo la contrapartida de lo Mismo, sino que pertenece a la constitución íntima de su sentido. En efecto, en el plano propiamente fenomenológico, las múltiples maneras con que lo otro distinto de sí *afecta* a la comprensión de sí por sí señalan precisamente la diferencia entre el ego que se pone y el sí que sólo se reconoce *a través de* estas mismas *afecciones*. (SCO, 365).

Toda la argumentación ricoeuriana subraya, incesantemente, el carácter no apodíctico del yo, del *cogito*. En este sentido, el sí se

---

<sup>36</sup> Cfr. SCA, 432. Creemos que esto quiere decir que, en la medida en que la alteridad es implícitamente constitutiva de la identidad, y en la medida en que la alteridad se oponga al sí mismo *en cuanto otro*, se abre el espacio a la pasividad. La misma resistencia del otro en el seno de la identidad restituye al sí mismo su estatuto de sí mismo *en cuanto otro*.

<sup>37</sup> Cfr. SCA, 432

diferencia del yo cartesiano, en virtud de su capacidad hermenéutica de autodescubrirse autointerpretándose: el sí se autodescubre en cuanto identidad gracias a una desviación hermenéutica en su ámbito más constitutivo, es decir, la alteridad. Esta desviación hermenéutica es la que marca la diferencia entre yo y sí.

La primera instancia de la pasividad es la del cuerpo propio. Tal tema es el más importante respecto a nuestro trabajo y se constituye como problema más propiamente fenomenológico-ontológico. El cuerpo se presenta como profundamente ambivalente: por un lado es lo *más propio* o, como decía Husserl, mi *naturaleza perteneciente*; por otro lado se revela como *otro*, como extraño.<sup>38</sup>

La pasividad emerge, pues, primeramente, en cuanto constitución corporal, material, en cuanto ser cuerpo.

Ricoeur dice:

Yo, en cuanto este hombre: ésta es la alteridad primera de la carne respecto a cualquier iniciativa. Alteridad significa aquí primordialidad respecto a cualquier intención. A partir de esta alteridad, yo puedo *reinar sobre*. (...) La carne precede ontológicamente a cualquier distinción entre lo voluntario y lo involuntario. (SCO, 360).

La carne es, entonces, según Ricoeur, instancia sintética de lo voluntario y de lo involuntario; es síntesis de la reciprocidad originaria entre la

---

<sup>38</sup> Ignoraremos aquí sea la distinción husserliana entre *Leib* y *Körper*, sea el discurso sobre la *Paarung*, de la *V Meditación Cartesiana*. Lo que, sí, quisiéramos destacar es la diferencia que Ricoeur parece subrayar entre la fórmula *cuerpo propio* y *carne*. *Cuerpo propio* se puede referir a la dimensión intersubjetiva de la fisicidad humana: yo soy un cuerpo entre cuerpos; mientras que *carne*, pone más bien el acento sobre la *propiedad íntima y originaria* de una carne viva que me constituye y que es el presupuesto para mi existencia y mi acción. En pocas palabras, el término *carne*, subraya la datidad fáctica y originaria del cuerpo vivo.

primordial dimensión de lo involuntario y las capacidades, las potencialidades de la voluntad. El cuerpo es, más radicalmente, posibilidad para las potencialidades humanas. El cuerpo es órgano de la moción voluntaria.<sup>39</sup>

En este sentido, el cuerpo es anterior a la noción de motivo, es un elemento sintético de la intencionalidad: el cuerpo no es sólo y meramente medio de la voluntad, sino posibilidad de realización para la dimensión de lo voluntario; es posibilidad para la intencionalidad. En este sentido el cuerpo es pre-intencional, es decir, es alteridad originaria.

En cuanto alteridad radicalmente otra, la carne se presenta como síntesis de la voluntad, es decir, como síntesis pasiva antecedente a toda clase de actividad; sin embargo, al mismo tiempo, se configura en cuanto otro, como incluyente una dimensión de opacidad, de no completa transparencia. El cuerpo se revela como límite: su ser posibilidad para el hombre encuentra la limitación de ser un objeto entre objetos. El cuerpo es posibilidad y límite óptico y ontológico: es órgano del querer, pero límite de mi intencionalidad; es *una* de las articulaciones en la que se da el ser-en-el-mundo del hombre.<sup>40</sup>

El cuerpo quizás sería la única articulación que permite al hombre existir, sin embargo, presenta ambigüedades: es límite material en cuanto cuerpo físico, pero, al mismo tiempo, es el presupuesto, es desplegamiento del *poder* humano, de *reinar sobre*. La corporeidad se revela como fundamento del *yo puedo*, configurándose como elemento originario del *yo quiero*.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Cfr. DA, 151.

<sup>40</sup> Cfr. DA, 151.

<sup>41</sup> "Es cierto que podemos caracterizarla [la carne] por el 'puedo'; pero precisamente 'puedo' no deriva de 'quiero', sino que le da raíz." SCO, 360.

El cuerpo es lo que permite al ser humano desplegar la posibilidad fáctica de ser en cuanto *homo capax* :

La carne es el lugar de todas las síntesis pasivas sobre las que se edifican las síntesis activas, las únicas que pueden llamarse obras (*Leistungen*). (SCO, 360).

En este sentido, el cuerpo es *hogar* de la mediación entre ipseidad y alteridad, y mediación entre el sí y el mundo de las cosas, en la medida en que es objeto entre objetos, y en virtud de su estatuto ontológico distinto respecto a las cosas. El cuerpo es principio sintético de las acciones: por un lado “produce” acontecimientos en el mundo, por otro lado, tales acontecimientos son acciones que remontan a un agente. La corporeidad es, pues, síntesis de la atestación y de la imputación. La mediación de la carne en cuanto alteridad, es lugar de la atestación fáctica y ontológica de una identidad personal. Tal mediación posibilita el actuar humano: la limitación humana es lo que inserta tensión existencial que es, finalmente, acción.

La alteridad de la carne se configura como presupuesto más originario dentro de la constitución humana.

(...) la ipseidad implica una alteridad ‘propia’, (...), cuyo soporte es la carne. En este sentido, aunque la alteridad de lo extraño pudiese – en un supuesto- derivarse de la esfera de lo propio, la alteridad de la carne le sería aún anterior.

(...) la alteridad del otro en cuanto extraño, otro distinto de mí, debe ser, no sólo entrelazada con la alteridad de la carne que soy, sino considerada, a su modo, como previa a la reducción a lo propio. (SCO, 360-362).

La carne marca la ipseidad de la identidad: su alteridad es originaria, se presenta como preliminar a cualquier ipseidad y, sin embargo, es matriz propia de la identidad. La relación entre ipseidad y alteridad es, pues, primordial, más originaria respecto a toda definición del sí.

El cuerpo nos recuerda nuestra no-pertenencia a nosotros mismos, pese a su carácter de *naturaleza perteneciente*.

La carne señala, en pocas palabras, nuestra finitud y nuestra ambivalencia en cuanto sujeto y objeto. Tal finitud material y corporal se traduce en término de pasividad y de alteridad: el mundo de las cosas, en el que somos objetos en medio de otros objetos, se revela también como Otro que opone una resistencia (*refractoriness*) a nuestro propio cuerpo.

En la *refractoriness* del mundo, el ser humano hace experiencia tangible de su ser limitado, y no sólo de su tener limitaciones.

Esto quiere decir, también, que tales límites constitutivos del ser humano confinan con la alteridad mundanal. En la resistencia se anida la significación de la constitución propia del humano, es decir, su ser situado y su posible apertura a los confines de la misma alteridad. En pocas palabras, la *situación* humana (en el sentido de su ser situado, de ya encontrarse en una *situación* dada previamente a su intencionalidad) y su apertura a la alteridad, son el eje de la pasividad misma, que restituye al ser humano el sentido de su identidad. Tal identidad, en su integridad, siempre resulta ser relativa a un mundo precedente y circundante, una identidad tensada entre lo absoluto y lo absolutamente relativo.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> "Toda la estructura de relación del yo mismo está contenida en él [dentro del binomio resistencia- esfuerzo del cuerpo por existir y actuar en el mundo fáctico]: esfuerzo y resistencia forman una unidad indivisible. El cuerpo recibe la significación indeleble de ser mi cuerpo con su diversidad íntima, su extensión irreductible a cualquier extensión imaginada o representada, su masa y su gravedad." SCO, 356-357.

El esfuerzo que el sujeto cumple por vencer, por oponerse a la resistencia del mundo, es lo que comúnmente llamamos acción.<sup>43</sup> El poder actuar abre su propio espacio, justamente, en la tensión entre esfuerzo y resistencia, esfuerzo que, por ende, se caracteriza como esfuerzo por existir. Desde esta argumentación emerge el perfil de una existencia caracterizada por esta voluntad, esta tensión de actuar, de expresarse y, al mismo tiempo expuesta al padecimiento de la resistencia misma del mundo y de las acciones de los demás. Actuar es siempre interactuar. Por lo tanto, la constitución del hombre no puede ser otra cosa que la de un hombre que es *capax* pero también *patiens*. La pasividad del cuerpo, que abre el espacio a la tensión activa en un mundo que se opone en cuanto resistencia, es expresión de mi esfuerzo por existir. Sin embargo, la resistencia misma del mundo exterior del que mi cuerpo es, al mismo tiempo, parte y excepción, me revela también mi propia fragilidad constitutiva, mi propio ser-*patiens*. El padecer puede llegar, en este sentido, hasta el sufrimiento cuando se traduce en violencia por parte de los demás, o en disminución de poder de actuar, o en enfermedad, o en simple toma de consciencia de mi ineluctable finitud. La pasividad, en estas situaciones, resulta ser el elemento que predomina dentro de la dialéctica ipseidad-alteridad. La apertura a la alteridad del mundo y a la del cuerpo propio, se expresa gracias al darse de la acción, expresión de una existencia que quiere, y que quiere actuar. En la expresividad de las acciones, en su posibilidad de actuar, el sujeto humano encuentra su verdadera

---

<sup>43</sup> "(...) mi cuerpo me abre al mundo mediante todo lo que puede hacer; mi cuerpo está implicado como elemento activo en la instrumentalidad del mundo en los aspectos practicables de este mundo, en que voy dejando la marca de mi acción (...). Siempre que percibo la abertura de mi cuerpo mediador de la conciencia intencional, veo que me abre ventanas al mundo, y siempre a *partir* de la manifestación del mundo en cuanto percibido, amenazador, accesible." FC, 42.

naturaleza, realizándola. La acción es, en pocas palabras, *la* expresión de la existencia. Así gracias a la acción, ipseidad y alteridad encuentran una manera de solucionar la tensión existente entre resistencia y esfuerzo. La alteridad del cuerpo y la resistencia que el mundo le opone, son elementos que suportan el obrar humano o, mejor dicho, son los factores que hacen posible el mismo actuar humano. La alteridad y la resistencia del mundo se manifiestan también en la dimensión temporal de las acciones mismas: el cuerpo está sujeto a las leyes que rigen el mundo físico. El cuerpo es, pues, *principuum individuationis* respecto al espacio y al tiempo: el ser humano es situado e histórico. Tal condición marca el límite humano, encerrándolo en un punto de vista, en lo que Ricoeur llama *perspectiva finita*.

Sin embargo, justamente aquí reside la grandeza del ser humano: su irreductible apertura hacia...

La segunda articulación del trípode de la pasividad es lo extraño, es decir, la intersubjetividad.

La aparición del otro frente a la constitución mediada del sí mismo, pone en relieve la pasividad de la identidad mediante la apertura de la inter-acción.

Así, por ejemplo, en el plano narrativo, la presencia de un interlocutor, de un tú, es fundante del sentido del reconocimiento en cuanto autoreconocimiento, en la atestación y en la aprobación hacia el otro.

Asimismo, en la narratividad se descubre el enredo de mi propia historia y, por ende, de mi propia identidad, con las historias y con las identidades de los otros. En la contraposición dialéctica entre ipseidad-alteridad emerge, pues, la identidad en cuanto apertura hacia el otro del extraño: el interlocutor adscribe el yo en cuanto sí mismo; mientras que el yo se autodesigna en cuanto autor de su propio relato. Así que,

podríamos decir que en la relación ipseidad-alteridad en cuanto extraño, se verifica también una participación de la relación autoatestación-adscripción desplegada por la díada autoreconocimiento-reconocimiento del otro de sí.

En el encuentro con el otro se sella, pues, la concepción del sí en cuanto sujeto agente-paciente, por el hecho de que la acción misma de la interlocución se configura como intercambio de atestaciones en la reciprocidad de las constituciones subjetivas. Tal intercambio posee valencias en el plano gramatical (en la diferenciación de los pronombres personales); en el nivel lógico-semántico (en la diferenciación de yo y tú, en cuanto participantes de una acción: cada uno de los interlocutores se mueve y lleva a la expresión un mundo de valores y de significados que construyen y constituyen su propio mundo); y en el plano ético-moral (en la medida en que el intercambio mismo nos sitúa en la dimensión de la intersubjetividad y en el estar-en-situación).

El plano de la hermenéutica se pone, entonces, como ámbito de interacción y, eventualmente, de conflicto, en la medida en que la identidad del yo y la del tú son identidades que se despliegan en cuanto instancias de conflictividad. Asimismo, la lectura o el relato de una historia siempre involucran otras historias, otras personas, otros sujetos: el entrecruzamiento de los relatos es el eje mismo de una conflictividad que hace de los relatos unos cuentos nunca acabados y siempre interpretables de manera distinta según el punto de vista que se adopte para leerlos. En tal transferencia del mundo del texto sobre el mundo del lector, se realiza lo que Gadamer llamaba la "fusión de horizontes". Según Ricoeur, tal transferencia es la real riqueza de la hermenéutica en cuanto conflicto de interpretaciones y en cuanto



hermenéutica del conflicto, en la medida en que ésta guarda y conserva la viva polisemia del lenguaje como lugar de encuentro con la alteridad y en cuanto institución humana.

En el intercambio ipseidad-intersubjetividad también se viene a crear el difícil equilibrio de "relacionalidad"-respeto. En la medida en que la "relacionalidad" se da gracias al establecimiento de un recíproco reconocimiento (autoatestación-adscripción), la dimensión ética impone un mandamiento de respeto expresado por el acusativo levinassiano ¡Heme aquí!, y el nominativo ricoeuriano ¡Aquí estoy!. Tal "relacionalidad" acusativo-nominativo constituye el perfil de una intersubjetividad que, para Ricoeur y a diferencia de Lévinas, sí puede entrar en diálogo recíproco penetrando en la alteridad del lenguaje.<sup>44</sup>

La pasividad viene, pues, expresada gracias a la misma presencia del otro que habla; gracias a la configuración del sí mismo en cuanto agente-paciente, es decir, en cuanto remitente-destinatario, en la "relacionalidad" compartida con el otro.

La tercera instancia de la pasividad está constituida por la conciencia (*Gewissen*), que en Ricoeur no necesariamente se presenta como conciencia moral.

La conciencia se configura como la forma más íntima de la atestación: en la alteridad de la conciencia radica la dialéctica entre desconocimiento de sí y autoatestación, no sólo en los momentos de conflicto moral (en donde la conciencia emerge en toda su dramaticidad y se configura como índice del conflicto mismo), sino en la existencia diaria de todo ser humano.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Cfr. J.A. Sierra, *La "promesa" en Paul Ricoeur*, Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Facultate Philosophiae, Pontificia Universidad Gregoriana, Roma, 2002, pgg. 65-69.

<sup>45</sup> "La conciencia es, en verdad, el lugar por excelencia en el que las ilusiones sobre sí mismo se mezclan íntimamente con la veracidad de la atestación." SCO, 380.

La alteridad de la conciencia se vuelve más aún *otra* si se considera la ambivalencia propia de la misma metáfora de la voz, que Ricoeur define como *enigma* a causa de su *verticalidad*. La voz de la conciencia se configura así como algo que, siendo inmanente a nosotros mismos, nos trasciende.<sup>46</sup> Tal enigma, tal diferencia interna y trascendente, en el momento del conflicto moral intenso, toma el nombre de *convicción*.<sup>47</sup>

Hemos delineado, muy brevemente, lo que Ricoeur llama el *trípode de la pasividad*, que dibuja el perfil de un sí mismo quebrado, denso, opaco, que sólo puede leerse en las no-transparentes relaciones con la alteridad. La alteridad resulta ser, entonces, constitutiva de la identidad personal.

Asimismo la identidad personal del ser humano se configura como no completamente coincidente consigo misma. Tal incoincidencia es la que abre el espacio a la construcción de una antropología filosófica que tome el criterio de la mediación y, en último análisis, del conflicto, como hitos de la estructura y expresión del ser humano mismo. El principio de pasividad, sobre todo en la modalidad de la carne, ha subrayado los límites ontológicos humanos. La pasividad es, pues, índice

---

<sup>46</sup> Cfr. SCA, 457-459.

<sup>47</sup> Cfr. SCA, 470. Parece percibirse aquí una inquietante intuición: al fin y al cabo, gracias a la presencia de esta voz interior que es superior a nosotros aún estando dentro de nosotros, el yo descubre que no se domina ni se posee a sí mismo. Aquí reside, pues, la raíz de la desproporción humana: el hecho de que el ser humano se coloca siempre más allá de sí mismo. Ricoeur dice, acerca de la conciencia: "(...) la coscienza, quale foro interiore, è appena discernibile dalla convinzione (*Ueberzeugung*) in quanto istanza ultima della saggezza pratica. Essa lo resta nondimeno un po', nella misura in cui l'attestazione (*Bezeugung*) costituisce l'istanza di giudizio che fa fronte al sospetto, in tutte le circostanze in cui il sé designa se stesso sia come autore di parola, sia come agente di azione, sia come narratore di racconto, sia come soggetto in grado di dar conto dei propri atti. In questo senso, il foro interiore non è altro che l'attestazione attraverso la quale il sé affetta se stesso. (...) Il punto è questo: dell'intima certezza di esistere sul modo del sé, l'essere umano non ha dominio." RF, 123-125. La conciencia, la atestación, la convicción parecen, entonces, tener que ver con el ámbito de la verdad en cuanto fe y fianza.

de una apertura hacia...que constituye, en última instancia, la polisemia de la existencia del hombre. El hombre es, pues, limitado, encerrado en confines a partir de los cuales erige el mundo de sus valores. Ricoeur llama a tal finitud *perspectiva finita* o *punto de vista*.

## 2.2. El punto de vista o la perspectiva finita

En una sección de *Finitud y culpabilidad*, significativamente titulada *Patética de la miseria*, Ricoeur habla de la *perspectiva finita* del ser humano, diciendo:

La primera significación que encuentro al leer mi propio cuerpo, como intermediario de la manifestación, no es su finitud, sino su abertura hacia...; precisamente esa misma abertura hacia...es la que lo hace mediador originario *entre* el yo y el mundo. (FC, 41).

El ser humano viene configurado, a partir de su propia corporeidad, como mediador: la esencia humana va tomando el perfil de una constitutiva mediación. Su misma constitución es mediación entre ipseidad y alteridad. Su ser intermediario subraya su carácter irreductiblemente finito, no coincidente consigo mismo, pero también ineluctablemente abierto. Se puede, pues, afirmar que el rasgo de apertura de la perspectiva finita corresponda a lo que Ricoeur denomina *receptividad*.<sup>48</sup> Esto quiere decir que, a partir del binomio

---

<sup>48</sup> Sin embargo, nos gustaría dividir el significado de los conceptos de *apertura* y de *receptividad*, atribuyendo al primer término un sentido más amplio, siendo la apertura el principio mismo de la identidad y raíz de la receptividad.

pasividad-receptividad, se puede edificar todo el mundo de los valores humanos, incluso el reino del conocimiento. La perspectiva finita es, pues, el mismo confín del hombre: por un lado, ella significa su no-poder-más-allá, su quedarse encerrado y bloqueado dentro de límites infranqueables; por otro lado, ella es lo que tensiona al ser humano, hacia el mundo con su alteridad y sus infinitas posibilidades. El perfil de la perspectiva finita es la constitución finita del ser humano mismo, originaria cuanto la carne viva. Ricoeur dice:

(...) la finitud originaria consiste en la *perspectiva* o *punto de vista*; afecta a nuestra relación primaria con el mundo, consistente en *recibir* sus objetos, y no en crearlos; no es exactamente sinónima de la *receptividad* misma, que consiste en nuestra abertura al mundo, sino que es más bien un principio de estrechez (...). Esta abertura finita no es sinónima tampoco de la misma corporeidad, que mediatiza nuestra abertura al mundo, sino que consiste más bien en el papel de origen cero del cuerpo, en este *aquí* original, a partir del cual hay sitios en el mundo. (FC, 46).

Así que la finitud de nuestro cuerpo corresponde a nuestra fáctica forma de finitud. La perspectiva finita es una perspectiva no sólo sobre el mundo físico de los objetos, sino también sobre la historia, sobre la temporalidad. La identidad humana viene definida, pues, gracias a las relaciones coordinadas entre el espacio abierto por la perspectiva finita, y el tiempo en que tal perspectiva se da.

La receptividad abre el sujeto a la alteridad del mundo, no de una manera absoluta, sino pasando por la *estrechez* del recibir finito.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> "¿En qué consiste la finitud del *recibir*? Consiste en la limitación perspectivista de la percepción, que hace que toda visión de...sea sólo un *punto de vista* sobre...Sólo que yo no advierto directamente ese carácter de punto de vista inherente a toda percepción; sólo me doy cuenta reflexivamente. Por consiguiente, debo sorprender la

La única modalidad para el sujeto de acceder al mundo de las cosas es a través de esta estrechez, esta apertura receptiva que es, en última instancia, perspectivista.

Esto quiere decir que la perspectiva finita que, en la antropología ricoeuriana, según L. Fidalgo Benayas,<sup>50</sup> entra todavía en el orden del conocimiento, constituye la misma posibilidad de apertura y trascendencia para el hombre mismo. La perspectiva finita sería posibilidad de trascendencia en el orden del conocimiento gracias al lenguaje; en el orden de la acción gracias a la proyección de un horizonte teleológico que configuraría el destino de la totalidad de sentido, más allá de la particularidad de los deseos para realizar; y en el orden del sentimiento gracias a la afectividad hacia el mundo, afectividad que nos sitúa siempre en la percepción misma de nuestro existir.

Así que la perspectiva finita sería la marca de nuestra finitud, física, pero no sólo, sino también cognoscitiva, práctica y afectiva.

En este sentido, la transgresión a tal finitud es lo que señala la constitutiva apertura del ser humano y que deja vislumbrar una trascendencia más allá del límite mismo.

El límite de la perspectiva finita viene a ser abierto gracias a la dimensión de la imaginación, gracias a la dimensión del significado.<sup>51</sup>

---

finitud de *mi* punto de vista sobre un aspecto de la aparición, en cuanto correlato intencional de la recepción." FC, 43.

<sup>50</sup> Cfr. L. Fidalgo Benayas, *Hermenéutica y existencia humana. El pensamiento de Paul Ricoeur*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1996, pg. 48.

<sup>51</sup> I. Venema dice: "The focus on the linguistic creation of meaning in symbol, metaphor and narrative opens language to the question of humanity and selfhood, which in turn allows and calls for ontological reflection." H. I. Venema, *Identifying selfhood. Imagination, narrative and hermeneutics in the thought of P. Ricoeur*, State University Press of New York, New York, 2000, pg.40. No afrontaremos aquí el tema muy importante del papel desempeñado por la imaginación en el pensamiento de Ricoeur.

El lenguaje es, para Ricoeur, un ejemplo evidente de lo que él llama una *transgresión* perspectivista. El lenguaje dobla y desborda el límite del punto de vista: en tal desbordamiento reside la carga significativa de toda semántica del existir finito.<sup>52</sup>

La palabra se engendra, nace desde la perspectiva finita, habla de y desde ella; sin embargo, la misma significatividad de la palabra trasciende la finitud perspectivista. El signo, que puede ser la palabra, es signo de trascendencia:

Lo que transmite el lenguaje por su función significativa no es la perspectiva de mi percepción, sino el sentido que desborda en intención mi perspectiva: el lenguaje transmite no la visión, sino su alcance. (FC, 49).

El signo se presenta, pues, como una entidad ambivalente: por un lado viene emitido a partir de la perspectiva finita, le da voz; por otro, constituye una coincidencia del significado consigo mismo. Esta es la clave de la trascendencia del lenguaje en cuanto significativo: una no completa coincidencia con los objetos, con la perspectiva finita, sino una coincidencia de sí consigo mismo. La trascendencia, teniendo su raíz y origen en el punto de vista, es la que hace tal perspectivismo significativo.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> "Si yo observo ahora que significar equivale a querer decir, la transgresión y desbordamiento del punto de vista no es más que la palabra en cuanto capacidad de decir, de expresar, y de expresar precisamente el punto de vista mismo. Por consiguiente, yo no soy solamente una mirada situada, sino un querer decir, y un decir como transgresión intencional de la situación." FC, 48.

<sup>53</sup> Cfr. FC, 50-51. Más adelante Ricoeur sigue diciendo: "Esta trascendencia de la significación sobre la percepción, de la palabra sobre la palabra, es la que hace posible la reflexión sobre el punto de vista en cuanto punto de vista: yo no estoy tan inmerso en el mundo que no conserve cierta distancia, un poder reflexivo de significar, de querer decir, que es el principio de decir." La desproporción del ser humano abre,

Podríamos decir, con Ricoeur, que

La dialéctica del *nombre* y de la *perspectiva* es por identidad la dialéctica de la infinitud y de la finitud. (FC, 51).

Podríamos sentirnos en lo cierto afirmando que el tema central alrededor del cual viene elaborada y desarrollada la antropología ricoeuriana, es el concepto de desproporción, el concepto de mediación del ser humano, una sufrida no-coincidencia del sí consigo mismo, su ser *quebrado*.

Veamos, pues, cómo la perspectiva finita, esta pasividad ontológica, es la raíz e índice de uno de los conceptos más peculiares de la antropología de Ricoeur: el tema de la *labilidad humana*.

### 2.3. Labilidad y desproporción

El ser humano es un ser in-coincidente consigo mismo, un ser mediado, un "ser que presenta esta constitución ontológica inestable consistente en ser más grande y más pequeño que su propio yo." (FC, 25-26): *labilidad* es, pues, la connotación de la desproporción existencial humana.

El hombre labil es, pues, un hombre fragil que descubre su no ser absoluto y, podríamos decir, su no ser-suficiente a sí mismo.

Ahora bien, a partir del reconocimiento de la limitación que la perspectiva finita constituye para el sujeto, Ricoeur dibuja tres instancias

---

pues, el espacio para la reflexión sobre el límite mismo. La reflexión es, entonces, una mirada a la trascendencia, un dirigirse a ella.

humanas para configurar el concepto de *labilidad*. Tales características son: *afirmación originaria*, *diferencia existencial*, *mediación humana*. Analizaremos, muy brevemente, el significado de estas fórmulas.

En primer lugar, la *afirmación originaria* hace referencia a las potencialidades del *homo capax* de realizarse (dimensión activa), articulándose en el *verbum* (dimensión lingüístico-narrativa y del conocimiento), con vistas al horizonte de la totalidad o felicidad (dimensión teleológico-temporal), e impulsado a la acción por el *eros* (dimensión afectiva). Se trataría, pues, de la afirmación de la globalidad del ser humano, en su "relacionalidad" con el mundo instrumental de las cosas y el mundo de los otros, mediante la acción y mediante la instancia lingüístico-narrativa, con la finalidad de la realización de lo que la esfera emocional-afectiva le indica en cuanto dirección y destino.

En este sentido, la afirmación originaria toma su fuerza a partir no de la finitud humana, sino a partir de la dialéctica entre infinitud-finitud.<sup>54</sup>

En esta categoría se encuentran conjugadas, pues, las dimensiones de la racionalidad activa, de la acción, de la "relacionalidad" concreta del cuerpo y del mundo, y de la afectividad. No se puede hablar de *homo frágil* sin dibujar el perfil de un hombre que es, y el ser humano es a partir de la declinación de todas estas dimensiones.

La segunda instancia, la de la *diferencia existencial*, nos indica una absoluta no-coincidencia del sí consigo mismo, en virtud de la perspectiva finita, del trípode de la pasividad (corporeidad, intersubjetividad y conciencia) y también de la fragilidad afectiva (de la que hablaremos más adelante). De hecho, hemos visto que ya en la dimensión física del cuerpo, que sitúa al sí en un irreductible e

---

<sup>54</sup> Cfr. L. Fidalgo Benayas, *Hermenéutica y existencia humana. El pensamiento de Paul Ricoeur*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1996, pg. 53.



insustituible punto de vista, el ser humano advierte una desproporción, un espacio vacío entre la perspectiva finita y la trascendencia. Veremos también cómo en la dimensión afectiva existe tal desproporción. Lo que podemos decir es que esta diferencia existencial abre el espacio al mundo de los valores humanos. Es la diferencia, la desproporción que, subrayando continuamente la finitud humana, hace que existan significados en la misma humanidad. Es la diferencia que legitima, en última instancia, todo discurso sobre el reconocimiento y el respeto (así como veremos en la parte final de este capítulo).

La dialéctica entre afirmación originaria y diferencia existencial, que parece limitar las mismas dimensiones del conocimiento, de la acción y del sentimiento, es la que desvela el real ser del hombre: su ser mediación. Y la mediación es el reino de las posibilidades humanas mismas. A partir de su ser mediación las tres dimensiones del conocer, actuar y sentir, cobran su propio significado en cuanto dimensiones de humanidad.

En nombre de esta diferencia se introduce, también, la tercera instancia: la mediación humana. El ser humano, siendo no plenamente coincidente consigo mismo, se encuentra, según Ricoeur, en la posición de mediación en el eje de su propia desproporción:

Esas categorías características de la limitación humana han de extraerse directamente de la relación de desproporción entre la finitud y la infinitud. Esa relación es la que constituye el *lugar* ontológico *entre* el ser y la nada, o el *grado de ser, la cantidad de ser* del hombre. Esta relación es la que convierte la limitación humana en sinónima de *labilidad*. (FC, 150).

El concepto de labilidad marca el límite de la humanidad del hombre. Sin embargo, creemos también que la fragilidad ontológico-existencial del ser humano es la raíz de la grandeza de la humanidad. El ser humano es en grado de construir, edificar mundos de expresiones, justamente, gracias a tal fragilidad. A partir de ella, de la aprehensión de tal limitación, el ser humano hace volar su imaginación; detecta horizontes de sentido; construye lenguajes para intentar expresar los significados encerrados en la misma polisemia de su existencia; intenta moverse en su condición expresándose gracias a la acción.

Nos parece, de hecho, que el mismo concepto de mediación humana es el que puede abrir la medida del actuar humano. En tal espacio de mediación se despliega la capacidad misma del *homo capax*, capacidad que es el lugar ontológico de tensión entre fragilidad (dimensión de lo parcial, de la perspectiva finita), y felicidad (dimensión de plenitud), es decir, entre limitación y totalidad, entre posibilidad y realización.

La labilidad es, pues, lo que permite dibujar el lejano horizonte de la felicidad, entendida como coronamiento de un destino direccional de una vida, como totalidad plena de una existencia.

Hemos dicho, también, que es ella la que abre el espacio a la posibilidad, al actuar humano, perfilando así el hombre ya no sólo como mediador entre el ser y la nada, sino, en virtud de eso, como *homo capax*. Sin embargo, la labilidad puede ser entendida también, en su valencia negativa, como sinónimo de disminución de poder, esbozando así la figura de un hombre por el cual tal disminución asume los rasgos de sufrimiento. La labilidad nos restituye también la imagen del *homo patiens*.

Para poder analizar esta hipótesis, tendremos antes que hacer una excursión en la dimensión afectiva del ser humano, para encuadrar la existencia del hombre en el marco temporal de una historicidad que resultará ser espacio narrativo entre una arqueología y una teleología del sujeto: entre el pasado de una vida y su aspiración a la felicidad.

### **§ 3. El *homo capax* versus el *homo patiens*: teleología y finitud**

La acción es, en la economía del pensamiento ricoeuriano, rasgo fundamental del ser humano, hasta el punto de declarar, en el prefacio de *Sí mismo como otro*, que el conjunto de los diez estudios que constituyen esta gran obra, tiene como unidad temática, el actuar humano.<sup>55</sup>

Al comienzo de *El discurso de la acción* (1977), Ricoeur plantea una exploración dentro de la contribución de la filosofía del lenguaje a la filosofía de la acción. Individualiza así algunos niveles a partir de los cuales quiere construir su argumentación: nivel *conceptual* (que engloba todos aquellos conceptos involucrados en la descripción de la acción); nivel *proposicional* (en el que la acción viene traducida en enunciados); nivel *argumentativo* (en el que se expone la estrategia de la acción).<sup>56</sup>

Acción y lenguaje vienen a ser relacionados de una manera entrañable, en la medida en que muchas acciones, si no todas, encuentran su autocomprensión en la dimensión de la narratividad.

Así Ricoeur empieza su análisis a partir del nivel conceptual: “elaborar las nociones primeras, o categorías sin las cuales no sería posible darle a

---

<sup>55</sup> Cfr. SCA, 95.

<sup>56</sup> Cfr. DA, 9-11.

la acción su sentido de acción." (DA, 11). En tal nivel entran, pues, las nociones de intención, fin, razón de, motivo, deseo, etc...pero también la de agente y la de responsabilidad.

Tal nivel incluye todos los contenidos de sentido de los que la acción necesita para configurarse como tal y que sólo en la narratividad encuentran su propia distensión. En el proceso narrativo, estos conceptos vienen organizados según la configuración del relato para llevar la acción a la comprensión. El lenguaje se vuelve, así, decodificador público de la exterioridad de la acción e índice reflexivo de las dinámicas intencionales del sujeto agente.

El momento ético se halla anclado al proceso de acción y de comprensión, es decir, al momento reflexivo-narrativo.<sup>57</sup>

El segundo nivel del análisis es el proposicional, es decir, el constituido por los *speech-acts*, o sea, el *decir del hacer*, en la medida en que decir es un hacer y viceversa. No entraremos aquí en la argumentación strawsoniana sobre la distinción entre enunciados locucionales, ilocucionales y perlocucionales. Simplemente queremos subrayar la importancia de todos los enunciados que, en la teoría de la acción, constituyen una *declaración de intención* y todos aquellos enunciados en los que el decir es un hacer, por ejemplo, en el prometer.<sup>58</sup>

El paso más significativo de este nivel analítico, es la progresión en el ámbito de la investigación sobre la teoría de la identidad: la relación entre enunciado-enunciante subraya siempre más la urgente necesidad

---

<sup>57</sup> Wittgenstein dice: "¿Por qué quiero, además de manifestarte lo que hice, también comunicarte una intención?- No porque la intención fuera también algo de lo que estaba ocurriendo entonces. Sino porque quiero comunicarte algo sobre *mí*, algo que va más allá de lo que entonces ocurrió. Le abro mi intimidad cuando le digo lo que quería hacer.- Pero no con base en una auto-observación, sino mediante una reacción (también se podría llamar una intuición)." Sección 659 de *Investigaciones filosóficas*, Instituto de Investigación filosófica de la UNAM, Ed. Crítica, Barcelona, 1988.

<sup>58</sup> Cfr. DA, 14-15.

del reconocimiento de un sujeto que es, a la vez, agente y hablante, gracias a la inserción de la hermenéutica en la filosofía del lenguaje y la filosofía de la acción.

El tercer nivel es el argumentativo, o lógica de la acción: Ricoeur dice que los enunciados constituyen, en realidad, una “capa suplementaria” que se insertaría relacionamente por encima del *Sinn* de la acción, del noéma.<sup>59</sup>

Ricoeur dice:

En un nivel de *fundamentación*, la fenomenología recupera la prioridad, pues establece el plano apofántico sobre el plano noemático; *lo que se dice se edifica sobre el sentido de lo vivido*. (DA, 22).

La filosofía del lenguaje parece, pues, dejar un vacío reflexivo entre sus análisis y las instancias de la teoría de la acción. Ricoeur no absolutiza nunca la valencia del lenguaje respecto a la constitución de lo que, fenomenológicamente, se llama el *sentido de lo vivido*. El espacio vacío entre el análisis lingüístico de la acción y la acción misma está constituido, justamente, por el concepto de responsabilidad que hace remontar todo el discurso no sólo a la ética, sino propiamente a la teoría de la identidad.

Es de fundamental importancia, para Ricoeur, detectar, tras todo tipo de análisis, el índice de un agente, de una persona humana, en grado de ser designada en cuanto responsable (de una acción así como de una enunciación).

---

<sup>59</sup> Cfr. DA, 21.

La responsabilidad, dice Ricoeur, es el punto de convergencia de los dos discursos: el de una fenomenología lingüística, por un lado, y la teoría de la acción, por otro.<sup>60</sup>

El discurso ético se introduce, justamente, en el cruce entre discurso lingüístico-descriptivo y discurso analítico. Tal dimensión ética, a parte insertar en el plano analítico nociones como obligación, norma, valor, etc...(que son todavía, y en alguna medida, instancias lingüísticas), inserta, en la argumentación, el concepto de *acción sensata*. Este concepto parece ir más allá también de la dimensión lingüístico-descriptiva.<sup>61</sup>

La acción se configura, pues, como un concepto complejo dado que se encuentra necesariamente relacionada con la dimensión lógica, narrativa y ética del ser humano. Es muy interesante, de hecho, notar como la publicación de *El discurso de la acción* termine hablando del cuerpo propio, en el capítulo titulado *Fenomenología y análisis lingüístico* y, justamente en el párrafo V que se llama *El punto de ruptura entre el análisis lingüístico y la fenomenología*. El cuerpo propio se pone como "campo de motivación por excelencia", <sup>62</sup> órgano de la voluntad, como ya hemos visto anteriormente. Poner el cuerpo como punto de ruptura entre fenomenología y análisis lingüístico es interesante en cuanto el cuerpo propio no ha sido suficientemente tematizado por la filosofía del lenguaje y tampoco es muy tematizable, y en cuanto eso desvela que el interés de Ricoeur es el de detectar una identidad personal concreta: la del ser humano. El cuerpo, nuevamente, se presenta como síntesis anterior a todo tipo de análisis. El cuerpo se presenta como fulcro originario a partir del cual se desprenden y

---

<sup>60</sup> Cfr. DA, 25-26.

<sup>61</sup> Cfr. DA, 26.

<sup>62</sup> DA, 150.

desarrollan el deseo, la voluntad, la intención, el lenguaje y la acción misma. Entonces, quizás, podríamos preguntarnos, si existe un hombre agente-paciente, que es también cuerpo y que es responsable de sus actos, ¿podría existir también una responsabilidad hacia el cuerpo en cuanto agente y paciente?

La acción es, pues, uno de los espacios de transgresión de la finitud humana: el poder actuar propio de los hombres es la instancia que, según Ricoeur, expresa la esencia de la identidad personal en cuanto modalidad práctica de mediación de la desproporción en la que vive el ser humano.

En este sentido, la acción se configura como dimensión práctica que llena un futuro de la intencionalidad humana, es decir, que parte de una intención y que tiene una finalidad. Esto quiere decir que una acción (y no un acontecimiento) es el espacio práctico que se despliega entre la intencionalidad y la teleología, es decir, entre una premisa y un horizonte de sentido.

Para Ricoeur, la teleología del actuar humano tiene que estar relacionada con un proyecto de "vida buena". Esto quiere decir que la teleología es dotada de una doble clave de lectura: la primera, proactiva, coherente con una ética de inspiración aristotélica, es decir, con vistas a la realización de la felicidad; la segunda, una lectura *a fortiori*, orientada más bien hacia la responsabilidad moral del agente, mediante el elemento de la adscripción.

Ricoeur dice:

La atribución a una persona, que llamamos *adscripción*, forma parte del sentido de la acción intencional. En este aspecto, el análisis lógico de las frases de acción, centrado en el vínculo entre el qué y el cómo, no puede anular la referencia al agente en cuanto *poseedor* de su acción. La adscripción de la acción a

un agente forma parte del sentido de la acción en cuanto hacer que acontezca. (CR, 108).

Descubrimos aquí la sorprendente conexión existente entre ética, lenguaje, lógica y moral. Esto será importante a la hora de analizar la identidad personal en cuanto identidad narrativa. La estructura temporal de la acción, reconfigurada en la temporalidad narrativa del relato, permite al sujeto llevar a cabo el proceso de adscripción, es decir, un proceso de autoreconocimiento que, luego, veremos estar relacionado a un discurso ético y deontológico más amplio.

Lo que ahora quisiéramos analizar es la significatividad teleológica de la acción, es decir, su orientación hacia la felicidad. Para hacer eso, sin embargo, tendríamos que cumplir nuestro análisis junto al examen de lo que impulsa el hombre a actuar, es decir, su dimensión afectiva, que resulta estar en necesaria relación con la idea de felicidad.

### 3.1. La teleología de la acción: felicidad o totalidad

La felicidad asume el rasgo de transgresión "total" a la finitud humana, restituyendo así el perfil de la desproporción originaria propia del ser humano.<sup>63</sup>

La felicidad (...) no es un término finito; debe ser con relación al conjunto de las aspiraciones humanas lo que el mundo es respecto al ámbito de la percepción. Así como el mundo es el horizonte de la cosa, la felicidad es el horizonte en todos los aspectos y a todos los efectos. (FC, 85).

---

<sup>63</sup> Cfr. L. Fidalgo Benayas, *Hermenéutica y existencia humana. El pensamiento de Paul Ricoeur*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1996, pg. 90.



La felicidad se configura, en el pensamiento de Ricoeur, como connotación de un horizonte del contexto humano, en el que las existencias de los hombres se funden en la perspectiva del todo. La felicidad se presenta, pues, como tarea, como destino, entendido en el sentido de objetivo para perseguir. En ella se ven relacionados dos factores centrales en nuestra argumentación: la temporalidad y el actuar o querer obrar humano. Esto quiere decir que en ella, la temporalidad viene a asumir el perfil de un conjunto en el que se despliega la entera significatividad del obrar humano.

La felicidad es, pues, amplio sentido de un conjunto temporal de acciones, de una unidad temporal general, y no gozo de instantes parciales pero realizados. Tiempo y acción cambian aquí su valencia.

La investigación sobre el obrar humano y de su suprema y última aspiración nos revelaría que la felicidad es el coronamiento de un destino y no el término de una serie de deseos particulares. En este sentido podemos decir que la felicidad es un *todo* y no una *suma*. (FC, 85-86).

Así la felicidad parece insertar, no sólo un más amplio contexto de sentido en el discurso sobre el querer y el obrar humano; sino, más bien, orientar la acción humana, engendrar una teleología activa, coherente con una idea de totalidad, de plenitud. El actuar humano resultaría ser una suerte de tensión entre esta idea de totalidad teleológica y la constitutiva finitud humana. La idea de totalidad misma insertaría en el

querer y en la actividad humana, un elemento de tensión hacia el coronamiento de un destino, es decir, hacia la felicidad misma.<sup>64</sup>

Esto quiere decir que la felicidad, la totalidad, la realización del ser humano, tienen su raíz más profunda en la *actividad*, no sólo en el banal sentido de que requiere acción para ser lograda y realizada, sino en el sentido de que constituye el elemento de la tensión pura del obrar humano, un elemento de desproporción entre la constitución humana y su mismo ser *capax*. Tal tensión es evidente también en el plano temporal, es decir, en la discrepancia existente entre la temporalidad de una vida, vista como cohesión, como conjunto, y la realización particular de deseos determinados, es decir, entre el sentido hacia el cual se mueve la existencia de cada cual, y su capacidad de realizar, poco a poco, los deseos propios.<sup>65</sup>

Felicidad y actividad están constitutivamente relacionadas. Deberíamos, pues, pasar al examen del *yo puedo* ricoeuriano, es decir, del *homo capax* y de su naturaleza. Parecería que el discurso sobre el *yo puedo* esté caracterizado, básicamente, a partir de un reconocimiento del *poder* mismo (poder actuar, decir, contarse, reconocerse, autodesignarse, autoimputarse las acciones cumplidas, etc...). Este poder tiene su base, fundamentalmente, en tres dimensiones: el deseo, la realización de la propia identidad (el autoreconocimiento) y, por consiguiente, la realización personal. Así la caracterización del *yo puedo*, en cuanto rasgo fundamental del perfil humano, resulta en el cuadro complejo de una identidad mediada por

---

<sup>64</sup> "Así la idea de totalidad no es sólo una directriz para el pensamiento retórico, sino que se inserta en el querer humano, convirtiéndose con ello en el origen de la *desproporción* más extrema: que es la desproporción que anida en la *actividad humana* tensándola entre la finitud del carácter y la infinitud de la felicidad." FC, 87.

<sup>65</sup> "(...) la felicidad no se nos comunica en ninguna experiencia; únicamente se la designa en una conciencia de dirección." FC, 87.

la dimensión lingüística, conciente de sí misma, es decir, capaz de reconocerse en cuanto *capax*, y dotada de una esfera emocional fundida con la del conocimiento y la de la comprensión.<sup>66</sup>

### 3.2. El *homo capax* y su fragilidad

Mi tesis es que existe un estrecho parentesco semántico entre la atestación y el reconocimiento de sí, en la línea del "reconocimiento de responsabilidad" (...): al reconocer haber hecho tal acto, los agentes atestiguaban implícitamente que eran culpables de él. La gran diferencia entre los antiguos y nosotros radica en que nosotros llevamos a la fase reflexiva la unión entre la atestación y el reconocimiento en el sentido del *tener por verdadero*. (CR, 103).

La acción se configuraría, según Ricoeur, como el presupuesto de la dialéctica entre atestación de identidad y reconocimiento de ella. Tal dialéctica acontecería en el plano de la responsabilidad moral: gracias al reconocimiento del sí en cuanto autor de sus propios actos, el sujeto llegaría a atestar su propia identidad y la responsabilidad de sus acciones. El reconocimiento-atestación es, por tanto, requisito esencial para inaugurar el discurso moral. En este sentido, el *tener por verdadero* del que habla Ricoeur, se refiere al pleno proceso de reconocimiento-

---

<sup>66</sup> En el proceso de autoreconocimiento, como veremos, se establecería un puente entre el ámbito semántico y el ético, gracias al binomio de los términos atestación-imputación. Lo que de momento queremos citar son dos frases de Ricoeur. La primera dice: "Al recortarse en la certeza y en la garantía del *puedo*, los dos campos semánticos de la atestación y del reconocimiento de sí aportan sus armónicos respectivos, dando así su riqueza y su consistencia a lo que propongo llamar reconocimiento-atestación." CR, 104. Y más adelante: "(...) con la imputabilidad, la noción de sujeto capaz alcanza su más alta significación y la forma de autodesignación que ella implica incluye y de algún modo recapitula las formas precedentes de *autorreferencia*." CR, 115.

atestación llevado a cabo por el sujeto que *tiene por verdadera* su dimensión de capacidades. El sujeto se reconoce como *homo capax*.

Hemos visto como tal concepto de sujeto capaz esté articulado en las dimensiones del deseo, del autoreconocimiento y de la realización de la identidad personal, es decir, de la afectividad, de la narratividad y de la "relacionalidad".

Para Ricoeur la dimensión de la afectividad, entrañablemente unida a la del conocimiento, constituye el fondo que posibilita el despliegue de la capacidad de obrar.

Él dice:

(...) el sentimiento nos revela la identidad de la existencia y de la razón; el sentimiento personifica a la razón. (...) El sentimiento es algo más que la identidad entre la existencia y la razón: es la pertenencia misma de la existencia al ser, cuyo pensamiento es la razón. (FC, 119).

Sentimiento y razón se pertenecen mutuamente: la dimensión del conocer *ordena* la confusión del sentir, sin por eso necesariamente llevar a cabo un proceso de racionalización; el sentimiento, en cambio, impulsa la *intención* del conocer.<sup>67</sup>

La dimensión afectiva establece relaciones y vínculos muy fuertes con el mundo de las cosas y de las personas; sin embargo, lo hace de manera peculiar: por un lado, necesita esta correspondencia entre dimensión interna y externa (conciencia interior y mundo); por otro, parece poder prescindir de la presencialidad del objeto hacia el cual se tensa. El

---

<sup>67</sup> Cfr. FC, 100 y más adelante: "Yo *exijo* por mi razón lo que *persigo* con mi acción y a lo que *aspiro* por el sentimiento. FC, 118.

sentimiento atestigua nuestra irreductible pertenencia al mundo, también gracias a las íntimas afecciones que marcan al yo.<sup>68</sup>

Sin embargo, dentro de la dimensión afectiva se crearían conflictos entre los movimientos del sentimiento y aquel horizonte de totalidad y plenitud que Ricoeur ha denominado *felicidad*. El sentimiento contribuye a tensar al ser humano hacia la teleología de la totalidad de sentido, que la felicidad representaría. Sin embargo, el elemento de tensión entre las *intenciones* del sentimiento y la felicidad vislumbrada por el principio de totalidad, resulta en un conflicto radical que revela al ser humano esa misma fragilidad que le es propia.<sup>69</sup>

La dimensión sentimental desborda el límite, la interna tensión del querer obrar, del *homo capax*, chocando en contra de los límites externos del mundo. Tal “fracaso” de las posibilidades, de las *intenciones* del sentimiento, marca una nueva dimensión del *homo capax* : su fragilidad afectiva.

Hemos llegado, pues, al cruce entre la antropología del conocimiento y la antropología del sentimiento. Aquí se abre el espacio para el perfil de la concepción ricoeuriana de la persona, síntesis práctica entre el concepto de felicidad y de labilidad. El *homo capax* es, pues, persona, en la polisemia del existir corporal, del actuar teleológicamente, del ser situado física e históricamente, del sentir la dramaticidad del conflicto existencial.

El ser humano se descubre así doblemente labil: sea en el plano de la fisicidad (recuérdese el trípode de la pasividad, en particular la dimensión de la corporeidad), sea en el de la afectividad, en donde el conflicto aparece con toda su dramaticidad y propio en cuanto

---

<sup>68</sup> Cfr. FC, 102.

<sup>69</sup> Cfr. FC, 123.

conflicto.<sup>70</sup> Tal dramaticidad del conflicto entre aspiración y horizonte de la totalidad abre el espacio para la expresión afectiva de lo que hemos visto ser el perfil del ser humano en cuanto agente y paciente. Tal dramaticidad viene a ser percibida como limitación de poder, limitación que puede venir entendida también como disminución del poder. Entramos aquí en el campo semántico del sufrimiento: el *homo capax*, que se autoreconocía en su capacidad, en su responsabilidad moral, ve ahora disminuido su poder y con ello, el esfuerzo asertivo de sí mismo. El *homo capax* se vuelve, al límite, *homo patiens*.

### 3.3. El *homo patiens*

El *homo patiens* sufre, en primer lugar, por una disminución del poder: su capacidad se ve superada por las instancias de la pasividad.

La pasividad altera el sentido de la afirmación originaria, es decir, de la dimensión de infinitud del hombre, desvelando así la sombra dramática de la finitud. El sufrimiento es instancia físico-afectiva del ser-expuesto a la fragilidad: en este sentido, el dolor es manifestación óptica de la labilidad ontológica del ser humano.

La pasividad (sobre todo la de la corporeidad con sus afecciones) se vuelve predominante sobre la apertura de la actividad, encerrando el sujeto en la dimensión del dolor. Tal sufrimiento es, pues, instancia de una disminución de poder que es, fundamentalmente, una disminución del esfuerzo por existir, de afirmación; es ruptura de aquellas relaciones

---

<sup>70</sup> "La desproporción entre el principio del placer y el principio de la felicidad es la que descubre el significado propiamente humano del *conflicto*. Efectivamente, sólo el sentimiento puede revelar la fragilidad como conflicto." FC, 123.

de normal intercambio entre el sujeto y el mundo (de las cosas y de los otros). El sufrimiento altera el trato cotidiano con la existencia.

Ricoeur dice:

Con la disminución del poder de obrar, sentida como una disminución del esfuerzo por *existir*, comienza el reino propiamente dicho del sufrimiento. (...) la pasividad que resulta de la metacategoría del cuerpo propio coincide con la pasividad que proviene de la del otro: la pasividad del sufrir uno mismo se hace inseparable de la pasividad del ser-víctima del otro distinto del sí. (SCO, 355).

La corporeidad, especialmente, se revela ahora en su extrañeza, una alteridad que se transforma en *alter* hostil, y el sujeto desde la dimensión del sufrimiento pasaría a la de la victimización, del martirio. Esa misma corporeidad que Ricoeur había llamado *alteridad propia*, resulta ahora en una *extrañeza absoluta*. Tal extrañeza mina el sentido de integridad de la identidad: el proceso de autoreconocimiento-atestación resultaría alterado por causa de la pesada polaridad que el cuerpo lograría. La afirmación del sí, dada por el balance de reconocimiento-atestación, resultaría completamente quebrada por la dimensión labil de una afectividad invadida y dominada por la corporeidad absoluta del sujeto sufriente.

Así que las categorías de diferencia existencial y mediación (que hemos anteriormente analizado), resultarían predominantes sobre la afirmación originaria. Podríamos decir, pues, que a la disminución del poder correspondería, en este sentido, un sentimiento de hundimiento del sí en sí mismo: siendo obstaculizada su intencionalidad, su apertura hacia el mundo, desplegada por la ejecución de la actividad, el yo se concentraría completamente en su propia pasividad y, en última

instancia, en sí mismo, en ese cuento de sí que ya se volvería poco comprensible.<sup>71</sup>

Este aparente hundimiento del sí en sí mismo, conllevaría dos principales consecuencias: el emerger de una desproporcionada y exasperada componente amorosa hacia sí mismo; y una correspondiente disminución de la capacidad reflexiva.<sup>72</sup>

El cuerpo absorbería la identidad, completamente.

Ricoeur dice:

Las situaciones catastróficas hacen surgir en el centro de la situación ese amor de sí mismo (...): en cuanto se ve amenazada la vida en bloque, en cuanto nos vemos en peligro de muerte, todo lo deseable esparcido por el mundo refluye a este deseable primero y primordial, el cual de amor implícito se ha convertido en voluntad de vivir (...). Esta es la finitud *afectiva*, la diferencia, la preferencia amorosa de sí. (FC, 75).

Lo que antes habíamos llamado autoreconocimiento-atestación, viene a desbordar en una urgencia primordial de autoafirmación, que viene comúnmente definida como espíritu de supervivencia. Mientras que, para el *homo capax* se podría hablar de despliegue del espacio de la actividad en cuanto autoreconocimiento y autoestima, en el peligro de

---

<sup>71</sup> "When someone complains- as do some of those who attempt or commit suicide- that his or her life is meaningless, he or she is often and perhaps characteristically complaining that the narrative of their life has become unintelligible to them, that it lacks any point, any movement towards a climax or a *telos*." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 217.

<sup>72</sup> "La capacità di prendere le distanze da sé rappresenta la premessa fondamentale e l'orientamento linguistico nel mondo ed è questo il senso in cui si può dire che in ogni riflessione ci è effettivamente libertà." Y: "Per questo il riconoscimento della malattia rappresenta un problema vitale che riguarda la persona nella sua totalità e non è affatto un libero atto di intelligenza: non permette distanziarsi da se stessi e di rivolgersi in modo oggettivo verso di sé e verso il disturbo di cui si soffre." H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 1994, respectivamente pgg. 53 y 63.



vida experimentado en la propia piel el *homo patiens* siente predominante la voluntad absoluta de vivir.

La absorción del sí en sí mismo (sea en su propia corporeidad, así como en su sufrimiento moral y psicológico) causada por el grado excesivo de dolor, encierra el sujeto en el silencio de lo no completamente comunicable.<sup>73</sup>

Así la alteridad originaria y propia del cuerpo, se vuelve ahora en escenario unidimensional: desde una relación con la alteridad de la corporeidad, se pasaría a una dimensión encerrada en la concreta existencia de la carne. Carne que duele.

En este sentido, el *homo patiens* experimenta no sólo su fragilidad (como todos los seres humanos) sino que siente en su piel su propia precariedad de modo total y directo. En tal precariedad, la identidad personal empezaría a vacilar: el sentido del yo se perdería en la dificultad de llevar a cabo un proceso de autoreconocimiento y de autoestima. La fragilidad humana y, al límite, la necesaria contingencia de su existencia y su precariedad, exponen al ser humano en la propia desproporción constitutiva. Tal fragilidad puede llegar a ser, sin embargo, lugar de reconocimiento y de aceptación.<sup>74</sup>

Ahora bien, hemos hablado de la identidad personal y hemos visto como ella se articula respecto a la temporalidad, según las modalidades de ipseidad y mismidad, y como, en realidad, su

---

<sup>73</sup> "(...) sentirnos bien o mal equivale a nuestra propia singularidad como indecible e incomunicable. Lo mismo que el sitio es algo que no puede compartirse, tampoco puede intercambiarse la situación afectiva en que me encuentro o me siento." FC, 74-75. Así como el cuerpo era *principium individuationis* del yo, también la dimensión afectiva se revela en cuanto no completamente comunicable ni completamente transparente para el sí. Los límites de la afectividad son también los límites para la empatía.

<sup>74</sup> "(...) la autoestima incluye una especie de objetividad- aunque de orden totalmente formal- y que puede sostenerse mediante una reflexión de estilo kantiano: el *quid* de la estima (...) es lo que pudiéramos llamar nuestra existencia-valor, o nuestro valor existente." FC, 138.

constitución resulta desde una irreductible dialéctica entre ipseidad y alteridad. Hemos visto también, como tal alteridad, en el corazón del ipse, se articula en tres formas de pasividad de las que la corporeidad es la dimensión más evidente. Tal pasividad nos ha restituido la imagen de una identidad situada en el espacio (gracias a su fisicidad) y en el tiempo (gracias a su historicidad). Hemos hablado también de su dimensión afectiva y de su relación con el horizonte teleológico de la felicidad o totalidad. Hemos llegado a su límite, al ver la tensión existente de manera constitutiva en el ser humano, tensión que se expresa en la acción y que configura, por tanto, el perfil de una identidad personal dialécticamente estructurada en la díada *homo capax-homo patiens*. Hemos visto como el ser mediación del ser humano en la expresión de la acción está en relación con el decir del hacer, o sea, con la dimensión de la narratividad y, en última instancia, con el tema de la atestación-adscripción de la responsabilidad ética. Lo que resulta es, pues, una imagen de la persona humana en cuanto síntesis entre la dimensión temporal (en el marco de la teleología de la totalidad), y la afectividad de los deseos particulares. Tal dialéctica se configura como imagen de un hombre labil que detecta tal fragilidad en la dimensión de la afectividad y en la del sufrimiento en cuanto disminución del esfuerzo por existir. Sin embargo, creemos que la mediación que constituye la estructura del ser humano, así como la dimensión relacional ipseidad-mismidad e ipseidad-alteridad, encuentran una solución aparente en el plano narrativo, a través del relato de sí. En este sentido, la identidad personal parece volverse, en el pensamiento de Ricoeur, identidad narrativa. La dimensión narrativa es la forma última de una alteridad que es ser-persona.

En pocas palabras, hemos dibujado el perfil de una identidad humana absolutamente temporal, frágil, que es pura mediación.

Justamente aquí, en tal mediación entre perspectiva finita y trascendencia del mundo de la significatividad o de los valores, entre finitud e infinitud, entre aspiración y miedo, entre tiempo y felicidad, se inserta un nuevo nivel: el nivel narrativo.

#### **§ 4. La reconfiguración temporal y el reconocimiento**

Hemos visto como la identidad personal posee dos modalidades de relacionarse a la dimensión temporal: la ipseidad y la mismidad. Ellas son, básicamente, las expresiones de la permanencia del yo en el tiempo. La identidad personal humana, de hecho, puede articularse sólo en cuanto dimensión temporal de la existencia.<sup>75</sup>

Así que la dialéctica entre ipseidad y mismidad parecería caer en las aporías propias de la cuestión de la temporalidad. Sin embargo, tal relación encontraría parcial resolución, según Ricoeur, en el planteamiento de la identidad narrativa. No se trata de solucionar las aporías del tiempo en el plano narrativo, sino de subrayar el carácter exquisitamente lingüístico de la identidad personal y de la experiencia humana en cuanto temporalmente articulada. En este sentido, la identidad narrativa se pone en el cruce entre la identidad personal y la dimensión temporal de su vida: la identidad narrativa se vuelve espacio de conciliación entre ipse e idem,<sup>76</sup> concretándose en la figura del

---

<sup>75</sup> Cfr. SCA, 202.

<sup>76</sup> Cfr. SCA, 214.

personaje de una historia y atestada por las *variaciones imaginativas* propias de este mismo personaje.<sup>77</sup>

Tal intersección viene hallada, fundamentalmente, a través de una operación narrativa, que llamaremos *re-configuración temporal del relato*. Con esta fórmula entendemos el proceso narrativo por el cual el tiempo cronológico y lineal, configurado de un modo determinado en un pasado experiencial ya vivido por un individuo, viene a ser re-configurado en el relato.<sup>78</sup>

En el relato, el tiempo vivido (el tiempo cronológico con su escansión lineal de la vida real) que llamaríamos *tiempo configurado*, viene reconfigurado a partir de la estructura inestable de concordancia discordante propia de la trama del cuento mismo.<sup>79</sup> La dialéctica entre concordancia y discordancia está constituida por una serie de elecciones narrativas que permiten, mediante la introducción de elementos nuevos, inesperados y discordantes con el equilibrio logrado por la historia misma, que el enredo, o trama, vaya evolucionando. Ricoeur llama tal dialéctica *síntesis del heterogéneo*.<sup>80</sup>

Él dice también:

---

<sup>77</sup> Cfr. SCA, 240 y CR, 112.

<sup>78</sup> "Por refiguración entiendo la potencia de revelación y de transformación ejercida por las configuraciones narrativas cuando se *aplican* a la acción y al sufrimiento reales." P. Ricoeur, *El tiempo contado*, en "Revista de Occidente", n. 76, Sept. 1987, (41-64), pg. 42.

<sup>79</sup> "Teniendo en cuenta esta dimensión [temporal], es como la identidad personal, considerada en la duración, puede definirse como identidad narrativa, en el cruce de la coherencia que confiere la construcción de la trama y de la discordancia suscitadas por las peripecias de la acción narrada. A su vez, la idea de identidad narrativa da acceso a un nuevo enfoque del concepto de ipseidad, el cual, sin la referencia a la identidad narrativa, es incapaz de desplegar su dialéctica inmutable del idem, del mismo, y la identidad cambiante del ipse, de sí, considerada en su condición histórica." CR, 111-112.

<sup>80</sup> Cfr. SCA, 232-233.

(...) el acontecimiento narrativo es definido por su relación con la operación misma de configuración; participa de la estructura inestable de concordancia discordante característica de la propia trama; es fuente de discordancia, en cuanto que surge, y fuente de concordancia, en cuanto que hace avanzar la historia. (SCO, 140).

La estructura inestable del cuento, balanceada por la gradual introducción de los acontecimientos, o sorprendida por golpes de escena, etc..., se vuelve instancia y necesidad para que la historia avance en su desarrollo, hacia su final.

Podríamos decir que la reconfiguración temporal, construida a partir de la constitutiva estructura narrativa de la experiencia es, en pocas palabras, un proceso narrativo que confiere un nuevo sentido al tiempo: el tiempo experiencial viene a asumir una nueva escansión, que es narrativa. Tal atribución de valor se despliega, por ejemplo, en la elección retórica de algunos eventos o acontecimientos más bien que otros, según el énfasis que el sujeto que relata quiere dar a ellos. En este sentido, el tiempo narrativo no necesariamente respetará el orden cronológico de los eventos, así como el tiempo cronológico no necesariamente será narrativo. Existe, pues, una peculiar relación entre la dimensión temporal de la experiencia vivida y la dimensión temporal del cuento, de la narratividad. Y esto, en virtud de la estructura narrativa de la experiencia humana. En el acto de relatar se despliega una operación hermenéutica de distanciamiento y de comprensión de la experiencia. Esto quiere decir que la distensión de tal estructura narrativa de la experiencia humana concede inteligibilidad a la experiencia misma, otorgándole así un sentido comprensible. Sin la elaboración narrativa, la experiencia se quedaría en un limbo de

sensaciones. El expresar narrativamente la experiencia nos permite tomar distancia desde las situaciones experimentadas; nos permite llevar a cabo un proceso de racionalización que nos facilite la comprensión de lo que hemos vivido, en la medida de lo posible. En pocas palabras, el proceso narrativo haría el flujo experiencial humano intersubjetivo e interpretable.

En este mismo sentido, relatar un curso de acciones, otorgando a la dimensión intencional y teleológica un despliegue narrativo, quiere decir, para Ricoeur, aumentar la posibilidad de comprensión de las acciones y, al mismo tiempo, llevar a la luz fragmentos de la identidad de quien relata.

A través de la reconfiguración de los acontecimientos, el que relata construye, pues, una historia. El personaje, en este sentido, ya se encuentra construido dentro de la trama.

Ricoeur dice:

El paso decisivo hacia una concepción narrativa de la identidad personal se realiza cuando pasamos de la acción al personaje. Es personaje el *que* hace la acción en el relato. (...) Se trata, pues, de saber lo que la categoría narrativa del personaje aporta a la discusión de la identidad personal. La tesis sostenida aquí será que la identidad del personaje se comprende trasladando sobre él la operación de construcción de la trama aplicada primero a la acción narrada; el personaje mismo – diremos- es 'puesto en trama'. (SCO, 141-142).

La identidad del personaje, pues, se conserva, a lo largo de la historia, en una relación progresiva y constitutiva con la trama del relato, en la medida en que ésta es producto de una continua dialéctica entre

tiempo configurado de la experiencia y tiempo reconfigurado de la narratividad, es decir, entre rememoración y anticipación.<sup>81</sup>

Esto significa que los acontecimientos elegidos para ser contados forman cadenas de conexiones de significado, unidad orgánicas de sentido.

Podríamos, pues, individuar algunas instancias presentes en el concepto de identidad narrativa e indicar así tres dimensiones que la articulan:

- dimensión temporal (proceso de reconfiguración temporal del cuento);
- dimensión relacional (carácter abierto de una vida que se encuentra ya insertada en el contexto holístico-intersubjetivo del mundo experiencial, que se vuelve así humano);
- dimensión narrativa (elección de la configuración de la trama).

Hemos visto hasta ahora el perfil de la dimensión de la temporalidad en relación a la identidad personal, que desembocaría en la identidad narrativa, cuando personaje del cuento y sujeto que relata vienen a coincidir.

Intentemos, pues, penetrar un poco más en el examen de esta argumentación.

#### 4.1. La identidad narrativa

La persona, entendida como personaje de relato, no es una identidad distinta de sus experiencias. Muy al contrario: comparte el régimen de la identidad dinámica propia de la historia narrada.

---

<sup>81</sup> Cfr. SCA, 234. Tal dialéctica entre rememoración y anticipación es el resultado del proceso de construcción de la historia que el sujeto que relata elige llevar a cabo. Esto quiere decir que el sujeto hablante ya libremente elige cómo quiere reconfigurar temporalmente los acontecimientos, porque él ya los conoce, los rememora en forma narrativa reconfigurándolos temporalmente.

El relato construye la identidad del personaje, que podemos llamar su identidad narrativa, al construir la de la historia narrada. Es la identidad de la historia la que hace la identidad del personaje. (SCO, 147).

La identidad narrativa resulta emerger desde una serie de elementos entre sí relacionados. En primer lugar, el enredo, o la trama: su perfil resulta del proceder de la historia, por eso Ricoeur puede decir que la identidad de la trama coincidiría con la identidad narrativa, y viceversa. No existe una identidad narrativa sin una historia que la construya. El dinamismo de la trama es el dinamismo de la identidad, porque en la trama la identidad se despliega. En segundo lugar, la identidad de una historia y la narrativa resultan siempre relacionadas con las historias de otros. En este sentido, podríamos decir que el sujeto es autor de sus propias acciones, pero co-autor de su vida. Esto en un doble sentido: por una parte, nuestro nacimiento, nuestra propia entrada a la escena del cuento de nuestra existencia acontece en un mundo ya constituido, donde ya otras historias están en desarrollo; nuestra vida, pues, crece bajo condiciones que no hemos elegidos, situaciones pre-existentes a nosotros mismos. Por otra parte, nos encontramos, de inmediato, involucrados en las historias de los demás, al nacer en un mundo habitado.<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> "(...) what the agent is able to do and say intelligibly as an actor is deeply affected by the fact that we are never more (and sometimes less) than the co-authors of our own narratives. Only in fantasy do we live what story we please. In life (...) we are always under certain constraints. We enter upon a stage which we did not design and we find ourselves part of an action that was not of our making. Each of us being a main character in his own drama plays subordinate parts in the dramas of others, and each drama constrains the others." Y: "The narrative of any one life is part of an interlocking set of narratives." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, respectivamente pgg. 213 y 218.



Esto quiere decir, básicamente, que mi identidad personal, descifrada a la luz del relato de mi propia vida, resulta ineluctablemente no sólo comprometida, sino constituida por la dimensión temporal de la historia, de las herencias culturales, tradicionales, etc...de las que provengo, y por la *Zusammenhang des Lebens*, la conexión de vidas de los otros, que podríamos denominar *holismo narrativo*.<sup>83</sup>

El perfil de la identidad narrativa emerge en su complejidad: una identidad cuya relación con la temporalidad viene expresada por un proceso de reconfiguración temporal de la experiencia existencial, en virtud de su misma estructura narrativa<sup>84</sup>; una identidad que se construye gracias a una suerte de holismo narrativo respecto a las historias de los otros; una identidad que coincide con el darse de su propia historia.<sup>85</sup>

Hemos, pues, llegado a identificar identidad personal e identidad narrativa.<sup>86</sup>

Alasdair MacIntyre denomina el cuento de una vida, *enacted narrative*: podríamos decir que el yo de la identidad personal y el personaje

---

<sup>83</sup> "(...) the story of my life is always embedded in the story of those communities from which I derive my identity. I am born with a past; and to try to cut myself off from that past, in the individualist mode, is to deform my present relationships. The possession of an historical identity and the possession of a social identity coincide. Notice that rebellion against my identity is always one possible mode of expressing it." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 221.

<sup>84</sup> "La temporalidad es una estructura de la existencia- una forma de vida- que accede al lenguaje mediante la narratividad, mientras que ésta es la estructura lingüística- el juego de lenguaje- que tiene como último referente dicha temporalidad." HN, 183.

<sup>85</sup> "What the narrative concept of selfhood requires is twofold. On the one hand, I am what I may justifiably be taken by others to be in the course of living out a story that runs from my birth to my death; I am the *subject* of a history that is my own and no one else's, that has its own peculiar meaning." Y más adelante: "Thus personal identity is just that identity presupposed by the unity of the character which the unity of a narrative requires. Without such unity there would not be subjects of whom stories could be told." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, respectivamente pgg. 217, 218.

<sup>86</sup> "En la forma reflexiva del *contarse*, la identidad personal se proyecta como identidad narrativa." CR, 110.

principal de un *enacted narrative*, es decir, autor y personaje, coinciden.<sup>87</sup>

Sin embargo, Ricoeur señala algunas "incertidumbres" en la noción de *Zusammenhang des Lebens*, así como del cuento de una vida. Ésas serían:

- equivocidad de la noción de autor (respecto a los cuentos de ficción en los que el autor no necesariamente es personaje del cuento mismo);
- incompletud "narrativa" de la vida;
- inclusión de los cuentos en los procesos de rememoración-anticipación;
- inclusión de las historias de distintas vidas las unas en las otras.<sup>88</sup>

Ahora bien, la diferencia entre cuento de una vida y el cuento de ficción se quedaría, según MacIntyre, en el plano de la "autoridad", es decir, en el distinto tipo y grado de libre posibilidad de composición. Sin embargo, creemos que esto sea sólo un aspecto de la cuestión.

En primer lugar, compartimos, con Ricoeur, la idea de que nada en la vida sea, *per se*, un inicio narrativo.<sup>89</sup> En segundo lugar, creemos que el real problema que se pone detrás de esta argumentación es, en realidad, un problema de reconocimiento: nunca deberíamos olvidar la "personalidad" de quien cuenta su propia historia; al contrario, deberíamos tener muy bien presente que en este caso autor y

---

<sup>87</sup> "What I have called a history is an enacted dramatic narrative in which the characters are also the authors." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 215.

<sup>88</sup> Véase SCA, 255. A esas dudas ricoeurianas parece responder A. MacIntyre, cuando dice: "The difference between imaginary characters and real ones is not in the narrative form of what they do; it is in degree of their autorship of that form and of their own deeds. Of course just as they do not begin where they please, they cannot go on exactly as they please either; each character is constrained by the actions of others and by the social settings presupposed in his and their actions." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 215.

<sup>89</sup> Cfr. SCA, 254.

personaje del cuento son *persona humana*, en la concretez de su carne y de sus huesos.

Esto quiere decir que lo que Ricoeur llama síntesis de lo heterogéneo (la dimensión narrativa y unitaria de un relato existencial) coincidiría con la síntesis práctica que es la persona humana. Ese espacio vacío entre horizonte teleológico de la felicidad y la particularidad de los deseos puntuales, puede ser colmado por la dimensión de la narratividad, en cuanto proceso de interpretación-comprensión del pasado y variación imaginativa del futuro. Comprender mejor el pasado quiere decir comprender más claramente, quizás, el punto existencial en el que nos situamos en el presente; realizar variaciones imaginativas sobre el futuro es trazar un camino teleológicamente orientado hacia un horizonte de totalidad, de plenitud y de realización personal.

Hemos visto como el cuento de una vida esté necesariamente relacionado a los cuentos de los otros, y como también la identidad personal se encuentre conectada a la identidad y roles de los otros personajes. Sin embargo, el cuento de una vida puede ser entendido también como *unidad narrativa*, como diría MacIntyre.

En la delineación del concepto de *unidad narrativa*, el cuento viene considerado como una unidad temporal total y singular que lo individualiza y lo distingue de los otros. Asimismo, como el desarrollo del personaje corresponde al de la historia y viceversa, podemos decir, con Ricoeur, que:

(...) el personaje saca su singularidad de la unidad de su vida considerada como la totalidad temporal singular que lo distingue de cualquier otro. (SCO, 147).

Podríamos, entonces, concluir que tal proceso de reconfiguración del relato viene llevado a cabo por necesidades inscritas en la naturaleza humana: la primera, es la de atribuir un orden semántico, significativo a la experiencia humana, experiencia que, en nombre de su "humanidad", posee una estructura narrativa; la segunda, es la de llevar a cabo un proceso de autoidentificación y autoafirmación a través del relato mismo. Ambas instancias, pues, tienen una raíz común: la de atribuir, o de buscar, descifrar y comprender el sentido de nuestra vida y de nosotros mismos. En pocas palabras, se trata de cumplir una operación hermenéutica.

Ricoeur dice:

(...) mediante el relato "reflexionamos sobre" los acontecimientos, al volverlos a contar y reescribirlos. No nos limitamos a "captarlos conjuntamente" (...), sino que elaboramos totalidades organizadas que se encuentran sujetas a su aprehensión teleológica. (HN, 150).

El proceso hermenéutico de la identidad, fundamental para el desarrollo de la "personalidad", viene a encontrarse, pues, estrictamente relacionado con otro concepto básico: el problema del reconocimiento.

#### 4.2. El problema del reconocimiento

El problema del reconocimiento es correspondiente al de la identidad. De hecho, no existe identidad sin el reconocimiento de ella. Y donde no haya reconocimiento, se habla de lucha por la identidad.

Podríamos decir que el reconocimiento emerge en el cruce entre una arqueología y una teleología del sujeto, es decir, en el punto nevrálgico de un proceso autointerpretativo que el sujeto cumpliría y desplegaría en el acto de narrar-se. Movimiento arqueológico, en cuanto toda operación hermenéutica posee un carácter irreductiblemente histórico, o sea, situado en el tiempo y aplicado a la historia pasada de una vida (en el caso que estamos aquí analizando); movimiento teleológico, en la medida en que el contar-se es, sí, un proceso autointerpretativo del pasado, de lo que somos gracias a nuestras acciones, pero es también medida para trazar objetivos, mundos posibles y futuros eventuales, gracias a lo que hemos llamado *variaciones imaginativas*.<sup>90</sup>

Tal dialéctica entre arqueología y teleología del sujeto es lo que restituye al ser humano su sentido del presente, su poder actuar aquí y ahora con vistas al futuro y a la totalidad. La dimensión del presente, pues, se encuentra estrictamente relacionada con el problema del reconocimiento. Más aún, podríamos decir que el cruce entre la arqueología y la teleología es, justamente, el reconocimiento del sí y la autoatención en el presente de la vida. La traducción, en el plano temporal, de este tipo de autoreconocimiento, sería la existencia presente, el *hic et nunc* de la acción, el compromiso mismo de cada cual con la historia. En este sentido, el reconocimiento se configura como punto de intersección entre una teoría narrativa de la identidad (en la medida en que arqueología y teleología del sujeto son instancias

---

<sup>90</sup> En pocas palabras, el proceso de autointerpretación nos permitiría individuar también, mediante la comprensión de nuestra vida, el punto existencial en que estamos situados, y dibujar posibles imágenes de un futuro al que quisiéramos llegar. En este sentido, el proceso hermenéutico de la autointerpretación resulta en un movimiento hacia el futuro. Por eso hemos hablado de una dialéctica entre una arqueología del sujeto, un sujeto que es a partir de una historia, de una comunidad cultural histórica, y también una teleología del sujeto, un sujeto proyectado hacia su propio futuro, sus propias realizaciones.

narrativas) y una teoría de la acción: el reconocimiento de sí mismo debería incluir el reconocimiento también de la urgencia de un concreto empeño de cada cual en la historia, de un concreto compromiso con las necesidades de la existencia humana en el aquí y ahora.

Más en general, podemos decir que el reconocimiento se encuentra, en el pensamiento de Ricoeur, entre el plano narrativo, con el concepto de atestación de la teoría narrativa de la identidad, y el plano moral, con el concepto de imputación de la teoría de la acción. En nombre del reconocimiento, la teoría de la acción y la teoría narrativa, convergen: la imputación de una acción a su agente en el plano moral, corresponde, en el plano narrativo, a la atestación de la identidad del autor del relato.<sup>91</sup> En pocas palabras, el reconocimiento constituirá uno de los puntos de contacto entre narratividad y ética.

El concepto de reconocimiento viene articulado, en el pensamiento de Ricoeur, a través de tres figuras.

La primera es la del *autoreconocimiento*. Se trata del reconocerse en cuanto *yo puedo*, en cuanto *homo capax* poseedor de las potencialidades que le constituyen teleológicamente, en cuanto proyecto que realizar. Se trata, pues, del reconocimiento de mi propia constitución humana, en mi constitutiva fragilidad, con mis deseos, mis sueños, ideales, miedos: en cuanto autor de mis actos y co-autor de mi propia vida.

En el plano narrativo, tal figura corresponde al proceso de autointerpretación del relato de mi propia vida. Aquí relatar es

---

<sup>91</sup> "La idea de unidad narrativa de una vida nos garantiza así que el sujeto de la ética no es otro que aquel a quien el relato asigna una identidad narrativa." SCO, 184.

interpretar.<sup>92</sup> El sujeto que relata se autoreconocería en cuanto autor de las acciones que ahora se vuelven historia contada; en cuanto autor del relato que cuenta, en cuanto *continuum* temporal que atestaría su ipseidad puesta en relación con su mismidad. En tal *continuum* el sujeto se descubriría principio de iniciativa, principio de acción que le restituiría el sentido de una identidad dinámica que viene conservada y reconfirmada.

A este nivel, el autoreconocimiento es autointerpretación. Se abriría aquí el espacio para evaluar-se y evaluar éticamente los actos propios: el autoreconocimiento es, también, lugar de reflexión ética.

En el plano ético, tal figura correspondería a la de *autoestima*: el sujeto atesta, reconociéndose, su capacidad de *poder*.<sup>93</sup> La autoestima brotaría, pues, desde el reconocimiento del poder mismo, poder actuar, contar, reflexionar, evaluarse, cambiar la propia vida o algunos aspectos de ella.<sup>94</sup>

El sujeto se autoreconocería y se autoaestimaría capaz en cuanto reconocería la unidad de su propia autonomía y autodeterminación para actuar en el tiempo.

---

<sup>92</sup> Ricoeur dice: "Interpretar el texto de la acción es, para el agente, intepretarse a sí mismo." SCO, 185.

<sup>93</sup> "En el plano ético, la interpretación de sí se convierte en estima de sí." SCO, 185. El sujeto, interpretando (relatando) el relato de su propia vida, tomando distancia en la palabra, se interpreta a sí mismo, se despliega en la configuración de su tiempo contado, reconfigura, cada vez, su propia identidad en la narratividad, logrando quizás una explicación de algunos aspectos de sí mismo.

<sup>94</sup> Ricoeur dice: "(...) si preguntamos con qué título el sí es declarado digno de estima, hay que responder que no es por el de sus realizaciones, sino fundamentalmente por el de sus capacidades." SCO, 187. Sin embargo, nos preguntamos si no sería más correcto usar, en cambio de "capacidades", el término "potencialidades". Ricoeur sigue: "Yo soy ese otro que puede evaluar sus acciones y, estimando buenos los fines de algunas de ellas, es capaz de evaluarse a sí mismo, de estimarse bueno." SCO, 187. Esta afirmación nos hace problema. De hecho, ¿qué pasaría si un sujeto no tenga tal capacidad de autoevaluarse? O, ¿podría yo reconocerme, en algunas ocasiones que no necesariamente se puedan definir "buenas" y a pesar de que no me pueda reconocer en cuanto "bueno"? Sin embargo, admitimos que, en realidad, Ricoeur incluye, en el término "autoestima" otras valencias que no sólo son morales.

La autoestima es, pues, reconocimiento de la propia constitución frágil y, por ende, abierta a la acción, a la mediación en la labilidad afectiva peculiar de la humanidad misma. Es reconocimiento de un *poder* que se despliega dentro de las limitaciones ontológicas o, mejor dicho, gracias a ellas; es un *saber que yo puedo*, pese a toda mi finitud. En este sentido, afirmación originaria y autoestima se encuentran entrañablemente relacionadas, dentro del marco de la diferencia existencial y la mediación humana.

Autoestima es, también, saber de encontrarse comprometido con la dimensión de la alteridad (por ejemplo, en el caso de la promesa, en el que se crea un vínculo de espera-responsabilidad entre quien recibe la promesa y quien la formula). Autoestimarse es saber-se capaz y responsable. En este sentido, la autoestima comprometida con la alteridad “une el mantenimiento de sí con el principio de reciprocidad, que tiene como base la solicitud”.<sup>95</sup>

En el plano deontológico, autoreconocimiento y autoestima corresponderían al *respeto hacia sí mismo*.

La segunda figura sería la del *reconocimiento del otro*. Tal figura constituye la posibilidad misma que se dé el cuento: la narratividad es necesariamente y en esencia, intersubjetiva.

Ricoeur dice:

(...) mi tesis es que la solicitud no se añade desde el exterior a la estima de sí, sino que despliega su dimensión dialogal (...). (SCO, 186).

---

<sup>95</sup> J.A. Sierra, *La “promesa” en Paul Ricoeur*, Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Facultate Philosophiae, Pontificia Universidad Gregoriana, Roma, 2002, pg. 47.



El relatar es para el otro (a partir de la simple díada remitente-destinatario hasta el caso y ejemplo de la confesión, la narratividad se revela esencialmente intersubjetiva).<sup>96</sup>

Esto permite a Ricoeur poder decir:

En el reconocimiento mutuo termina el recorrido del reconocimiento de sí mismo. (CR, 196).

El reconocimiento del otro se constituye, pues, como una dialéctica (de vez en cuando violenta) entre reconocimiento y desconocimiento, en la medida en que existe un lado activo y uno pasivo del reconocimiento mismo: el reconocer y el ser-reconocido.<sup>97</sup>

Ser reconocido, si alguna vez acontece, sería para cada uno recibir la plena garantía de su identidad gracias al reconocimiento por parte del otro de su dominio de capacidades. (CR, 256).

En el plano narrativo, esto se traduciría en la escucha del relato del otro y en su interpretación. La alteridad del reconocimiento es el otro lado, el otro confín del reconocimiento de uno mismo.<sup>98</sup>

En tal actividad-pasividad del reconocimiento se anida la posibilidad de realizar el pleno reconocimiento de sí y del otro gracias al instaurarse de

---

<sup>96</sup> "(...) no existe relato que no entremezcle historias de vida, hasta su enredo, perfectamente documentado en la literatura del sujeto. Precisamente, la trama es la configuración que integra al tiempo acontecimientos y personajes. Finalmente, narrarlo, como decirlo, exige la escucha, un poder oír, un recibir." CR, 258.

<sup>97</sup> Cfr. CR, 262 y también GM, 31-37.

<sup>98</sup> "Así como la solicitud no se añade desde el exterior a la estima de sí, de igual modo el respeto debido a las personas no constituye un principio moral heterogéneo respecto a la autonomía del sí, sino que despliega, en el plano de la obligación, de la regla, su estructura dialógica implícita." SCO, 231.

la díada autoatestación-atestación del otro. Esto se traduce en un proceso de autoaprobación (afirmación originaria) y aprobación hacia el otro. Tal intercambio se revela fundamental a la hora de edificar el sentido de la autoestima: de hecho, el estimarse capaz de...está entrañablemente relacionado con el tipo de respuesta (aprobación) que proviene desde el mundo de los otros. Nuevamente vemos aquí como el sujeto no puede ser considerado ni se puede autoconstituir a partir de una estructura monádica. Sin embargo, es importante subrayar que la aprobación no es en absoluto un elemento dóxico, sino que se pone en un nivel más profundo de la constitución del sí: es la estructura misma del vivir-con-los-otros, del ser-con-los-otros. Se trata, entonces, de un nivel fundamental para el ser humano: su ser situado y su ser insertado en un mundo que es, constitutivamente, intersubjetivo.

En el plano ético, la segunda figura se traduce en *estima del otro*. Esto quiere decir que, mediante la apertura y disponibilidad de la escucha, yo reconoceré al otro en cuanto *capax*, poseedor de dominio sobre sus propias capacidades, sujeto libre y autónomo, autodeterminado, que actúa según intenciones, motivaciones y deseos.

Gracias a la estima del otro se pasaría, pues, al nivel deontológico del *respeto hacia el otro*.

La tercera figura del reconocimiento es la figura de la mutualidad: es decir, el reconocimiento del contexto y de la estructura social en la que todos nos encontramos ya situados. Tal figura constituye la apertura del reconocimiento al plano comunitario, en el interés de una democrática pluralidad de seres humanos: apertura a la mutualidad. En este sentido, resultaría prohibida cualquier tipo de violencia, también verbal.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup> "(...) la violencia equivale a la disminución o la destrucción del poder-hacer de otro." SCO, 234.

En tal nivel se encuentra también el reconocimiento del valor del lenguaje en cuanto institución. El lenguaje, el plano narrativo, es plano de mutualidad en el que el valor de la palabra es valor ontológico, es modo de ser y también de conocer.

El no reconocer a otro es paralizar su poder de actuar, ignorarlo, afirmar, aún y justamente en el silencio, su no existencia. La indiferencia se vuelve, así, una de las formas más graves del desprecio y de la humillación, en la medida en que niega al otro hasta la posibilidad de autoafirmarse, de actuar, autoaprobarse, posibilidad mediada, precisamente, por el reconocimiento y aprobación del otro.

La humillación, sentida como la retirada o el rechazo de esta aprobación, alcanza a cada uno en el plano prejurídico de su *estar-con-otro*. El individuo se siente como mirado desde arriba, por encima del hombro, incluso tenido por nada. Privado de aprobación, es como no-existente. (CR, 199-200).

El reconocimiento se revela, pues, como concepto de capital importancia: base por la atestación (sea en la forma de autoatestación sea en la aprobación dirigida hacia otros), por la imputación, y por la identificación; como fundamento para la construcción del edificio de una sociedad justa; como hincapié de la atribución de derechos y deberes.

En tal concepto se anida, pues, toda la fuerza del *vivir bien, con y para los otros, dentro de instituciones justas*, es decir, se constituye como presupuesto para todo tipo de respeto de lo que llamamos *dignidad*.

El campo de la narratividad, a través del problema del reconocimiento y de la interpretación del cuento y de las acciones y acontecimientos

en ello contados, parece haber desembocado en el ámbito práctico de la ética.

Ricoeur se pregunta:

(...)¿cómo el componente narrativo de la comprensión de sí exige como complemento las determinaciones éticas propias de la imputación moral de la acción a su agente? (SCO, 166).

La narratividad del relato, en cuanto organizadora de la estructura de la experiencia humana en unidades de sentido, nunca se presenta como éticamente neutra, en la medida en que toda acción es orientada desde un punto de vista ético, y en la medida en que la narratividad abre el espacio a la evaluación y a la teleología. Por lo tanto, ni siquiera los relatos son neutrales: al contrario, permiten una distensión de los acontecimientos que se ofrecen, así, al juicio y a la evaluación moral.<sup>100</sup> Veamos, pues, en qué manera estos elementos de narratividad de la identidad y su correspondiente problema del reconocimiento y de la teoría de la acción (mediante el concepto de imputación) convergen en el perfil de una *ética narrativa*.

---

<sup>100</sup> Cfr. Nota 33 pg. 167 de SCO, en donde se dice: "Si las historias narradas ofrecen tantos puntos de apoyo en el juicio moral, ¿no es porque éste necesita del arte de narrar para, si se puede hablar así, esquematizar su objetivo?". Aquí regresa nuevamente el ejemplo de la confesión.

### 4.3. Ética narrativa

La realización de la identidad personal viene a cumplirse no en el espacio del solipsismo de deseos autócratas, sino en la socialidad del vivir con los otros.<sup>101</sup>

Hemos visto que lo que se llama, en el plano moral y personal “atestación”, corresponde a “aprobación” en el plano de la comunidad humana. Atestación y aprobación son dos formas de reconocimiento necesarias para desplegar la afirmación originaria, núcleo para el desarrollo de la autoestima y de la identidad personal misma.

En este sentido, la construcción de mi propia autoestima no puede ser aislada de la dimensión social constituida por la comunidad de los

---

<sup>101</sup> Ricoeur dice: “Nella stima di sé la persona dà l'assenso al proprio esistere ed esprime il bisogno d'essere riconosciuta dagli altri. La stima di sé mette così un tocco d'amor proprio, di fierezza personale nel rapporto con se stessi: è il fondo etico di ciò che si chiama, correntemente, dignità.” GM, 37. Quisiéramos subrayar que la dimensión de la autoestima tiene su raíz más profunda, fundamentalmente, en lo que Ricoeur ha definido la *afirmación originaria del sí*. La autoestima se desplegaría a partir de este “sí” dicho a sí mismo, a partir de la autoafirmación de la propia existencia y de la sentencia que es posible, para cada cual, actuar con vistas al logro de la propia felicidad, es decir, a la autorealización misma. A tal afirmación originaria, por otro lado, concurre la temática de la aprobación por parte de los que están alrededor del sujeto. Esto porque, invariablemente, el yo se encuentra enredado en un universo de relaciones de las que no puede prescindir. La dimensión intersubjetiva y dialogal del comunitarismo de los seres humanos, es una dimensión irreductible a la esfera de la satisfacción de los propios deseos. Deseo, aquí, posee la valencia spinoziana del término, encuadrándose, más bien, como *conatus vivendi*. Tal es la raíz de la afirmación originaria que se encuentra en el marco de la socialidad. Por eso, hemos dicho que la realización de la identidad personal se encuentra en el cruce entre una arqueología y una teleología del sujeto, en la medida en que el proceso hermenéutico del sí, siempre se realiza a partir de un fondo cultural y de “pre-juicios”, en el sentido gadameriano del término, irreductible. Al mismo tiempo, pero, la identidad personal, se encuentra orientada hacia aquella teleología prospectada por el horizonte de la plenitud y de totalidad de la felicidad. Tal horizonte posee, entonces, el mismo rasgo de comunitarismo que constituye el darse de la existencia humana misma. La construcción teleológica de la existencia orientada a la felicidad, se encuentra encuadrada en la misma existencia compartida. Ésta, creemos, es la base de la pequeña ética elaborada por Ricoeur en *Sí mismo como otro*. Y nunca como ahora, en este sentido, nos ha parecido tan claro el significado del título de tal obra.

otros.<sup>102</sup> Y la construcción de la estima está basada en el concepto de nuestra común humanidad y, más profundamente, diríamos, en el concepto de *persona humana* que, sin embargo, posee, para nosotros, connotaciones ligeramente distintas de las que Ricoeur dibuja en su antropología.

Ricoeur dice:

(...) el objeto propio de la estima es la idea del hombre en nuestra persona y en la persona del prójimo. (...) Lo que yo espero de mi vecino es que me ofrezca la imagen de mi humanidad, que me demuestre su estima proclamando mi humanidad. (FC, 139).

Una falta total de reconocimiento de la humanidad del otro, de la aprobación dirigida a su persona (no sólo a su *yo puedo*, sino, *in primis* a su *persona*), conlleva un detrimento de su misma subjetividad. Así que, la estima es, para Ricoeur, referente a la representación de la persona en cuanto valor existente en sí.<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> "(...) la estima implica, indudablemente, una representación, la representación de un fin, que no es tan sólo un 'objetivo que hay que realizar', sino 'un fin existente por sí mismo'. No es otra cosa la persona en cuanto representada. Esta representación tiene categoría de objetividad en cuanto que el valor de ese fin tiene consistencia en *sí propio*, y no sólo *para* nosotros. (...) Kant da el nombre de *humanidad* a esta objetividad." FC, 138-139.

<sup>103</sup> Para Ricoeur, la filosofía que se cristaliza en la forma de algún *-ismo*, es la culpable del haber reducido también el concepto de "persona" a una abstracción, a lenguaje vacío. Por lo tanto, él propone de hablar de "actitud-persona", con la pretensión de salir de las abstracciones lingüísticas y de las formas meramente nominales. Tal actitud se caracterizaría por un elemento no nuevo, en el pensamiento de Ricoeur, y que ya hemos encontrado preanunciado en *Finitud y culpabilidad*: el concepto de crisis. Ricoeur dice: "(...) es persona esa entidad para la que la noción de *crisis* es la marca esencial de su situación." AJ, 91. El elemento de la crisis hace desplegar los criterios de la persona: el primero es el del *empeño*. "(...) este criterio significa que no tengo otra manera de discernir un orden de valores capaz de convocarme- una jerarquía de lo preferible- si no es indentificándome con una *causa* que me supere ." AJ, 92. El segundo, que desciende de la relación entre el empeño y la historicidad de la existencia, es la *convicción*. Tal relacionalidad del tiempo con el ser persona despliega las modalidades de la duración, del espacio de la interioridad, del reconocimiento del

Lo que Ricoeur ha trazado, a lo largo de su obra, sería, pues, una fenomenología hermenéutica de la persona, a través de los análisis de su antropología del conocimiento y del sentimiento, a través de su expresión en el ámbito lingüístico, a través de sus estudios sobre la teoría de la acción, sobre la narratividad y sobre la ética.

Esto quiere decir que Ricoeur ha intentado caracterizar, cada vez, a la persona en cuanto hombre *hablante*, *agente* (y también *paciente*), *narrador* y, al límite, *responsable*. Base para todo eso es, justamente, el reconocimiento en cuanto autoestima.<sup>104</sup>

Ricoeur dice:

En efecto, sea como sea la relación a otro y a la institución, (...), no habría en ella sujeto responsable si este no pudiera estimarse a sí mismo en cuanto capaz de obrar intencionalmente, es decir, según sus razones reflexionadas, y por otro lado, capaz de inscribir sus intenciones en el curso de las cosas mediante iniciativas que entrelazan el orden de las intenciones con el de los acontecimientos del mundo. (AJ, 99).

Autoestima es, pues, reconocimiento de capacidades, en cuanto atestación de dominio de la propia constitución frágil de racionalidad, dimensión afectiva y relacional. En *Sí mismo como otro* (estudio VII), Ricoeur traza el perfil de una “pequeña ética”, con la finalidad no sólo

---

otro en cuanto horizonte de alteridad. Ricoeur dice: “El par crisis-compromiso suscita un tercer corolario: la unión de la duración en una interioridad, el reconocimiento y el amor de las diferencias requieren el horizonte de una visión histórica global.” AJ, 94. Esto es, más o menos y muy brevemente, el pensamiento sobre el concepto de persona, pensamiento con el cual no compartimos completamente las premisas, pero sí los desarrollos.

<sup>104</sup> A. Gabilondo, justamente, dice que el reconocimiento y, añadiríamos nosotros, la autoestima, no es un mero acto del hombre, sino la esencia misma del obrar humano. Cfr. A. Gabilondo, *Quién cuida de sí*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (281-300), pg. 290.

de afirmar la prioridad de la ética sobre la moral, sino también de delinear un camino ético para el ser humano. Tal camino se articula en tres momentos. El primero es la *tensión hacia la vida buena*...La autoestima, avisa Ricoeur, se realiza en su sentido pleno en su abrirse a la alteridad de los otros y de la sociedad.<sup>105</sup>

El momento de la *tensión hacia la vida buena*...parece hacer referencia a aquella tensión hacia el horizonte de la totalidad abierto por la teleología indicada por la felicidad. Así que, podríamos decir que a aquella dialéctica entre arqueología y teleología del sujeto, se añadiría ahora el elemento deontológico del respeto de sí. El sujeto, gracias a una lectura hermenéutica del sí mismo, y gracias a su trazar horizontes de sentido a partir del relato de su propia vida (horizontes hechos por la comprensión, confesión y perdón), puede orientar teleológicamente su acción hacia una vida buena, es decir, aristotélicamente, hacia la felicidad, mediante el autoreconocimiento y el respeto de su poder actuar.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> Cfr. SCA, 266.

<sup>106</sup> La confesión y el perdón hacia sí mismo parecen ser pasos importantes en el reconocimiento del sí, en la medida en que el ser humano es capaz de reconocer sus acciones en cuanto buenas o malas, valorarlas y trazar *variaciones imaginativas* hacia el futuro, pero también hacia el pasado. El elemento del perdón ayudaría, pues, el sujeto a reconocerse en cuanto frágil, en cuanto labil y, por lo tanto, capaz de acciones moralmente incorrectas. Sin embargo, creemos que el perdón sea la fase completa y final de aquel largo proceso que es la autointerpretación de la propia constitución humana, es decir, de la propia constitución en la labilidad. Aquí también encontraríamos una caracterización narrativa del poder actuar, en la medida en que las acciones están en relación con el contexto y la estructura narrativa de la historia personal del agente. Tal relación se esconde en la intencionalidad y en los motivos que impulsan un agente a actuar. A. MacIntyre dice: "We cannot characterize behavior independently of intentions, and we cannot characterize intentions independently of the settings which make those intentions intelligible both to agents themselves and to others." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 206. El perdón se ve orientado hacia el sí mismo y hacia los demás, en virtud del holismo narrativo del que hemos hablado anteriormente. El perdón sería, así, el cumplimiento del sentido de la unidad narrativa del cuento de una vida, en la medida en que todo cuento existencial es marcado por la labilidad del ser humano y de su intencionalidad en la desproporción. Ricoeur dice: "(...) la noción de unidad



De hecho, Ricoeur define así el concepto de *vida buena*...:

(...) es, para cada uno, la nebulosa de ideales y de sueños de realización respecto a la cual una vida es considerada como más o menos realizada o como no realizada. (...) es un trabajo incesante de interpretación de la acción y de sí mismo donde se prosigue la búsqueda de adecuación entre lo que nos parece lo mejor para el conjunto de nuestra vida y las elecciones preferenciales que rigen nuestras prácticas. (...) entre nuestro objetivo ético de la 'vida buena' y nuestras elecciones particulares, se dibuja una especie de círculo hermenéutico (...). (SCO, 184-185).

La apertura de tal nivel al de la comunidad humana se realiza en la presencia constitutiva de la alteridad en el seno de la identidad: ...*con y para los otros...*, dice Ricoeur. La estima del otro es el correspondiente dialógico de la autoestima: la alteridad del otro viene reconocida a partir de la atestación de su propia capacidad de actuar. El momento de la dialogicidad con el otro es momento clave en el pensamiento ricoeuriano, como hemos anteriormente visto. El reconocer al otro es reconocerse a sí mismo y viceversa, justamente porque el sí es como otro. Ricoeur dice:

'Como a mí mismo' significa: tú *también* eres capaz de comenzar algo en el mundo, de actuar por razones, de jerarquizar tus preferencias, de estimar los fines de tu acción y, de este modo, estimarte a tí mismo como yo me estimo a mí mismo. (SCO, 202).

---

narrativa hace hincapié en la composición entre intenciones, causas y casualidades, que encontramos en todo relato." SCO, 184.

Tal espacio se podría, eventualmente abrir a la dimensión de la amistad. Sin embargo, dice Ricoeur, existe el peligro de poder reducir el otro a esclavo, transformándolo en *patiens*.

El sufrimiento no se define únicamente por el dolor físico, ni siquiera por el dolor mental, sino por la disminución, incluso de la destrucción de la capacidad de obrar, de poder-hacer, sentidas como un ataque a la integridad del sí. (SCO, 198).

No se trata, pues, de delinear la majestuosa alteridad del otro a la Lévinas, sino de acercarse al otro mismo en la igualdad de una amistad simétrica.<sup>107</sup>

Por eso, podemos decir que es a partir del reconocimiento que se puede construir la cura para con el otro. Al límite, aquí se puede abrir también el espacio del don.<sup>108</sup>

En la amistad se engendra el concepto de *insustituibilidad* de la persona del otro.<sup>109</sup>

En este sentido el reconocimiento ya se vuelve reconocimiento de “esta” persona, al límite, de “este” amigo. La insustituibilidad no hace referencia a algún concepto abstracto del otro, sino a su real existencia en carne y hueso, en su propia corporeidad y constitución. Esto quiere

---

<sup>107</sup> “Es en la amistad donde la semejanza y el reconocimiento se aproximan más a una igualdad entre dos insustituibles.” AJ, 100.

<sup>108</sup> Al don corresponde la acepción y el campo semántico del reconocimiento en cuanto gratitud. Ricoeur afirma: “(...) cuando la solicitud va del más fuerte al más débil, como en la compasión, es todavía la reciprocidad del cambio y del don la que hace que el fuerte reciba del débil un reconocimiento que llega a ser el alma secreta de la compasión del fuerte. En este sentido, no concibo la relación del sí mismo a su otro de otra manera que como la búsqueda de una igualdad moral por las vías diversas del reconocimiento.” AJ,100.

<sup>109</sup> “Lo que la *solicitud* añade es la dimensión de valor que hace que cada persona sea *irreemplazable* en nuestro afecto y en nuestra estima.” SCO, 201.

decir que el respeto que debo al otro, en cuanto momento deontológico del reconocimiento, incluye el respeto hacia su cuerpo.

Al mismo tiempo, tal relación de amistad y reciprocidad, necesita encontrarse situada y cuidada ...*dentro de instituciones justas*. El Estado tiene que hacerse y ser garante no sólo de la vida, sino también de las posibilidades de realizarse propias de cada ser humano. Así que debería verificarse un empeño, por parte de cada individuo y de cada sociedad, tendido a realizar concretamente tales instituciones justas, es decir, un empeño comunitario para construir y garantizar un estado de justicia.<sup>110</sup>

Mientras que en la amistad el otro es un *tú*, en la justicia el otro es *cada cual*, es el tercero de Lévinas.<sup>111</sup>

El problema del reconocimiento llega aquí a su máximo punto, en el climax de implicaciones éticas que hemos intentado dibujar en estas páginas. El reconocimiento se vuelve así como la base del respeto del sí mismo, del otro, de la sociedad y del estado, base para la justicia, base para la escucha de las palabras de los otros, base para la afirmación de la constitución humana y personal de cada cual. El reconocimiento viene a ser, también, el necesario fundamento para la construcción de lo que es la amistad, una relación hecha por igualdad de humanidad. El reconocimiento es, por excelencia, una instancia humana que se despliega en el trato comunicativo entre las personas, y sobre todo es lo que abre el espacio al respeto en cuanto modalidad práctica de afirmación de la constitución de los demás y de nosotros mismos. Así que descubrimos que la escucha, la apertura y la disponibilidad a entender al otro, son conceptos básicos para toda construcción de un Estado justo.

---

<sup>110</sup> Cfr. SCA, 290.

<sup>111</sup> Cfr. SCA, 299.

Por eso creemos que tal concepto sea de enorme relevancia a la hora de reivindicar, lo que, hoy en día, llamamos, comúnmente, *dignidad*.

## **CAPÍTULO II**

### **§ 5. La cuestión por la persona: plano analítico**

Intentar o pretender definir la "persona humana" siempre ha conllevado peligrosas consecuencias y escasos resultados. Las dificultades más comunes presentes en los procesos de definición del problema "persona" se anidan sea en la latente visión dicotómica de herencia cartesiana, inherente al problema, sea en las estructuras metodológicas aplicadas a la cuestión. Nos parece imposible poder lograr una definición (y menos una que pretenda ser universal) que pueda abarcar las múltiples y variadas expresiones de la persona, justificándolas, explicándolas y delimitándolas.

Lo que aquí quisiéramos presentar es, por tanto, un estudio sobre la persona, estudio que evidencie y subraye la compleja constitución de la identidad de un ser que es relacionalmente. Esta es la tarea que nos gustaría llevar a cabo.

Para hacerlo, hemos decidido abarcar el problema desde distintos planos y puntos de vista: un plano analítico, uno teórico y el resultante ético-narrativo. Señalamos que la elección de tales perspectivas es absolutamente arbitraria y guiada por nuestro particular interés en la constitución narrativa de la persona humana y de su vida. Somos conscientes, de hecho, que la cuestión, por su infinita variedad y complejidad de su sujeto (y no objeto), podría venir abarcada de forma completamente distinta. Sin embargo, aquí presentamos nuestra propuesta de investigación que usará, indiferentemente y sin señalarlo, el método hermenéutico y el fenomenológico.

Así nos acercaremos a la cuestión a partir de las reflexiones que P. Ricoeur cumple sobre la teoría de la identificación del sujeto. Vendrá, entonces, tomada en consideración la metafísica descriptiva elaborada por F. Strawson en su obra *Individuos*, que Ricoeur mismo critica y analiza en el primer estudio de *Sí mismo como otro*. Esto quiere decir que tomaremos en consideración la teoría de la referencia identificante, según la cual el cuerpo es particular básico respecto a todo tipo de identificaciones ulteriores que vienen definidas "dependientes". Consiguientemente, la persona humana sería también particular básico de la teoría de la identificación.

A tal propósito, introduciremos la interpretación que Ricoeur ofrece de la obra strawsoniana, que plantea una dialéctica entre la teoría de la referencia identificante y una teoría de la reflexividad de la enunciación, es decir, entre una semántica del discurso y una pragmática de la situación de interlocución.

La tarea de este planteamiento es la de concentrar la atención y poner el acento sobre el sujeto o, mejor dicho, sobre la persona que cumple la acción de habla, que se esconde detrás del sujeto lógico-gramatical de la identificación.

Así el discurso desembocará en la presentación de la teoría ricoeuriana de la referencia-a-sí. Eje de esta teoría es la convicción de que, al fin de poder llevar a cabo el proceso de designación, es preciso poder autodesignarse. Por tanto, resulta necesario insertar, en la teoría de la referencia identificante, un concepto de autodesignación, es decir, una teoría de la referencia a sí mismo.

Se pasaría así desde el plano analítico al plano teórico: elemento de relación entre estos dos planos es el cuerpo propio; el sí se vuelve aquí sí

encarnado. El cuerpo es la base para poder desarrollar la teoría de la referencia-a-sí.

Queremos recordar que, en nuestra personal concepción, no existen tales divisiones dentro de la estructura de la persona humana, y que tales separaciones son simplemente funcionales a un análisis más preciso.

### 5.1. El problema de la identificación

En el primer estudio de *Sí mismo como otro*, P. Ricoeur se enfrenta a la cuestión de la "persona" planteando, primeramente, el problema de la identificación de un individuo desde un punto de vista semántico y confrontándose con la teoría de la referencia identificante, que emerge desde la metafísica descriptiva elaborada por Strawson en la obra *Individuos*.<sup>112</sup>

Ricoeur empieza su estudio con una explicación terminológica:

Identificar algo es poder dar a conocer a los demás, dentro de una gama de cosas particulares del mismo tipo, aquella *de la que* tenemos intención de hablar. (SCO, 1).

A partir de esta lineal, simple y muy clara definición, emergen algunos hitos que quisiéramos poner en evidencia.

En primer lugar, nos parece muy importante subrayar la dimensión relacional implícita en la definición de identificar ("...poder dar a conocer a los demás..."); en segundo lugar, la especificidad del objeto

---

<sup>112</sup> P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989.

de la identificación, identificación que parece funcionar según un principio de exclusión (“...dentro de una gama de cosas particulares del mismo tipo...”); en tercer lugar, el proceso de objetivización implicado en el de identificación (“...aquella de la que...”); en cuarto y último lugar, el elemento no sólo intencional de la identificación, sino más bien la presencia de un interlocutor, de un tú que habla a un yo de una y una sola tercera persona (“...de la que tenemos intención de hablar.”) Intentaremos desarrollar, de forma discursiva, estos hitos a lo largo de nuestra argumentación.

Lo que nos interesa aquí tomar en consideración es la cuestión de la persona humana que emerge cuando exploramos la teoría de la referencia identificante.<sup>113</sup> Esto nos interesa en la medida en que la persona humana parece crear un problema dentro de tal teoría: la persona humana parece quedarse ontológicamente siempre más allá de todo tipo de proceso “esencialmente” identificante. La persona parece ser, pues, una variable identificante, lingüísticamente hablando, en la medida en que depende de un proceso de adscripción y de reconocimiento esenciales a la referencia misma.

Esto quiere decir que nos resulta difícil podernos enfrentar a un discurso sobre la persona a partir de un punto de vista unívoco, renunciando a una interdisciplinariedad y a una múltiple variedad de acercamientos. Nos parece, además, que la “persona” se sustrae a toda tipología de definición y a un tipo de análisis absoluto, dejando abierto el problema de su identificación.<sup>114</sup>

---

<sup>113</sup> “Que la persona sea, en primer lugar, una de las cosas que distinguimos mediante referencia identificante, vamos a comprobarlo mediante una investigación previa aplicada a los procedimientos por los que individualizamos algo en general, y lo conceptuamos como una muestra indivisible dentro de una especie.” SCO, 1.

<sup>114</sup> Ricoeur dice: “De este análisis preparatorio saco tres conclusiones: 1) La individualización descansa en procedimientos específicos de designación distintos de



A tal propósito, Ricoeur critica lo que Strawson plantea en su obra *Individuos*, obra que se presenta como una tentativa de dibujar un proceso de identificación independiente a partir del cual desplegar todas las otras modalidades de identificación dependiente. Lo que Strawson intenta hacer es, en pocas palabras, aislar algún tipo de particular básico, desde el punto de vista identificativo, a partir del cual se pueda inferir las otras identificaciones, dichas dependientes.<sup>115</sup>

Los particulares básicos se vuelven así paradigma de sujeto lógico reforzando, a la vez, su "primitividad".

Para Strawson, los particulares básicos

deben ser objetos tridimensionales con alguna duración en el tiempo. Deben también ser accesibles a medios de observación como los que tenemos; y (...) deben tener colectivamente suficiente diversidad, riqueza, estabilidad y duración para hacer posible y natural precisamente esa concepción de un solo entramado unitario que poseemos. De las categorías de objetos que reconocemos, sólo satisfacen esos requisitos aquellos que son, o poseen, cuerpos materiales. (...) Los cuerpos materiales

---

la predicación, que tienen como *mira* a un ejemplar, y a uno solo, con exclusión de todos los demás de la misma clase. 2) Estos procedimientos no tienen ninguna unidad fuera de este *objetivo*. 3) Entre los operadores de identificación, sólo los indicadores *apuntan* al 'yo' y al 'tú'; pero no tienen ningún privilegio respecto a otros deícticos, en la medida en que conservan como punto de referencia la enunciación entendida también como un acontecimiento del mundo." SCO, 5. Esto quiere decir que el principio de exclusión sobre el que descansa el proceso de individualización/identificación nada dice sobre el *quid* de lo que identifica, del contexto en el que se encuentra insertado, ni sobre los otros particulares presentes en el sistema. Por lo tanto, podríamos decir, en virtud del punto 2, que también tales herramientas identificativas constituyen un sistema, una metodología que limita su labor a la identificación y no explica qué es este *quid* que individualiza. Además, los indicadores "yo" y "tú", en tal óptica, no poseen algún tipo de "personalidad", sino que solamente son operadores lógicos. Esto nos sugiere que un análisis sobre la persona humana, sobre el yo y el tú de la *Lebenswelt* no puede limitarse a ser un proceso analítico.

<sup>115</sup> "(...) el concepto de persona, como el de cuerpo físico, sería un concepto primitivo, en la medida en que no podríamos remontarnos más allá de él, sin presuponerlo en el argumento que pretendiese derivarlo de otra cosa." SCO, 6.

constituyen el entramado. (P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pgg. 42-43).

Así que los cuerpos materiales son lo que fundan la teoría de la identificación independiente. Dado un esquema espacio-temporal, que poseeríamos *a priori*, y dado un entramado existencial constituido por la ontológicamente fundante relación entre tal esquema y los objetos, los objetos o entidades que son, o poseen, un cuerpo material se constituyen como particulares básicos que pueden ser identificados independientemente con respecto a la referencia a otros objetos (no-básicos).<sup>116</sup>

De tales objetos básicos dependen otros objetos que vienen denominados *privados*. Estos últimos son objetos de la identificación que Strawson define dependiente:

El tipo dependiente es la clase de los que podría llamarse "particulares privados"- comprendiendo los grupos tal vez superpuestos de sensaciones, eventos mentales y (...) datos sensoriales-. El tipo del que es dependiente es la clase de las personas. (P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pgg. 44-45).

Parece, pues, que esta clase de particulares privados entra en el tipo de identificación dependiente de la clase de la *persona*. Esta es la primera ocurrencia de la palabra en la obra *Individuos*.

La persona en tal argumentación parece ser aquella cosa a la que se pueden adscribir sea una situación física (es decir, un predicado básico,

---

<sup>116</sup> "Los cuerpos materiales son básicos para la identificación de particulares." P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 58.

es decir, un cuerpo material), sea estados de conciencia, pensamientos, sensaciones (predicados privados o psíquicos).<sup>117</sup>

De esto, deriva el hecho de que "persona" es concepto primitivo, particular básico al que pueden ser adscritos predicados básicos y predicados dependientes.

Persona es cuerpo material y estados mentales, sensaciones, pensamientos, etc...

Sin embargo, nos parece que las cosas se complican, en la medida en que Strawson dice:

Los principios de individuación de esas experiencias dependen esencialmente de las identidades de las personas a cuyas historias pertenecen. (...) Las referencias identificadoras a "particulares privados" dependen de las referencias identificadoras a particulares de tipo enteramente distinto, a saber, personas. (P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 45.)

Parecen emerger aquí otros elementos: existiría una relación de dependencia entre las personas y las historias que les pertenecen y que permiten identificar los particulares privados con las identidades de las personas mismas. Así, cuerpos materiales y predicados psíquicos constituyen no sólo el esquema espacio-temporal mismo en el que se encuentra el ser humano, sino que se hallan dentro de las historias que constituyen la identidad de la persona misma. Más aún, creemos que

---

<sup>117</sup> "Nos adscribimos *acciones e intenciones* (estoy haciendo, hice, haré esto); *sensaciones* (tengo calor, dolor); *pensamientos y sentimientos* (pienso, admiro, quiero esto, estoy enojado, contrariado, contento); *percepciones y recuerdos* (veo esto, oigo esto, recuerdo aquello). Nos atribuimos, en dos sentidos, posición: *localización* (estoy sobre el sofá) y *actitud* (estoy tumbado). Y naturalmente nos atribuimos no sólo condiciones, estados y situaciones temporarias como éstas, sino también características físicas como altura, color, conformación y peso." P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 92.

ambas clases de predicados *constituyen* la identidad de la persona, *ergo* la persona humana misma.

Sin embargo, nos parece que Strawson atribuye más relevancia a los cuerpos materiales, en cuanto particulares básicos, respecto a los predicados psíquicos en la individuación de la persona<sup>118</sup>, a pesar de que diga:

Lo que entiendo por el concepto de persona es el concepto de un tipo de entidad tal que, *tanto* predicados que adscriben estados de conciencia como predicados que adscriben características corpóreas, una situación física, etc., le son igualmente aplicables a un solo individuo de este tipo único. (P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 104).

---

<sup>118</sup> Strawson dice: "(...) podemos entonces decir que los particulares privados exhiben el género más directo de la dependencia en cuanto a la identificabilidad respecto de particulares de otro tipo." P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 47.

Esto porque para Strawson: "Las condiciones mínimas de identificabilidad independiente para un tipo de particulares eran que sus miembros no fuesen ni privados ni inobservables." P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 56.

Sin llegar a plantear aquí el problema de la adscripción de los estados mentales a otros objetos que no sean el "yo", nos preguntamos también cómo sería posible llevar a cabo un proceso de autoadscripción de predicados que no fueran igualmente básicos, como por ejemplo el pensamiento. En realidad, no pensamos que el centro de la argumentación deba partir desde los cuerpos materiales, sino de la persona cual centro identificativo de predicados básicos, sea en el sentido físico, sea en el sentido psíquico. Es verdadero el hecho de que: "Los cuerpos materiales (...) nos aseguran un único entramado de referencia común y continuamente extensible." P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 57. Sin embargo, pensamos que también el cuerpo material de la persona posee un estatuto distinto de los otros cuerpos materiales, justamente por el hecho de que es el único que se autoatribuye una identidad y, por ende, una "propiedad".

Nos preguntamos, con Ricoeur si, en realidad, se puede determinar el concepto de persona a partir de un proceso de identificación *a-personal*, es decir, sin referirse al poder de auto-designarse.<sup>119</sup>

Nos preguntamos también si es realmente necesario recurrir a una división de predicados en tipologías (físicos y psíquicos) sin correr el riesgo de caer en un sutil dualismo de tipo cartesiano.

En realidad, preferiríamos plantear el problema “persona” en cuanto criterio de intersección entre particulares materiales y privados, intersección que encuentra expresión en la pronunciación del pronombre “yo” y en el posesivo “mío”, es decir, en una referencia-a-sí que vaya más allá de la mera e “impersonal” teoría de la identificación independiente.

Nos parece más preciso plantear el proceso de identificación (y, por ende, de re-identificación) en cuanto proceso profunda y constitutivamente relacional.<sup>120</sup>

Como hemos anteriormente visto, según el planteamiento ricoeuriano, la subjetividad está constituida por una “relacionalidad” intrínseca entre ipseidad y mismidad, y sobre todo, entre ipseidad y alteridad. Ricoeur señala que el proceso de autodesignación, en la argumentación strawsoniana, viene definido y delimitado, desde el principio, por un criterio identificativo completamente arbitrario, es decir, la pertenencia a un esquema espacio-temporal único y determinado.<sup>121</sup>

Tal esquema viene a constituir, pues, una reja de coordenadas identificativas que nos facilitaría la aplicación y el uso de nombres propios. Más bien, esa red de coordenadas es lo que legitima y posibilita la instalación y el uso de nombres propios.

---

<sup>119</sup> Cfr. SCA, 109.

<sup>120</sup> Cfr. M. Heidegger, *Identität und Differenz*, Pfullingen, Neske, 1957, IV edición.

<sup>121</sup> Cfr. SCA, 109.

Strawson dice:

El lugar del entramado relacional explícito es tomado en parte por ese recurso lingüístico (...) - el nombre propio.

(...) son los nombres propios los que tienden a ser los puntos de apoyo de la referencia a particulares, los puntos sobre los que giran las expresiones descriptivas.

(...) entre los particulares, los portadores por excelencia de nombres propios son personas y lugares. Es una verdad conceptual que los lugares se definen por las relaciones de cuerpos materiales; y es también una verdad conceptual (...) que las personas tienen cuerpos materiales. (P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 61).

Sin embargo, el proceso de aplicación de los nombres propios viene denominado "designación", proceso distinto, aunque relacionado, al de "identificación". Hay una diferencia fundamental, creemos, entre estos dos conceptos: mientras la designación tiende a una singularización no relacional de los entes a los que se aplican los nombres propios,<sup>122</sup> el proceso de identificación (y de reidentificación) nos parece ser explícitamente relacional ( $A=A$ , es decir, una relación del sujeto consigo mismo).

Así, nos parece que, mientras el proceso designativo, aplicado a las personas, es una instancia exquisitamente lógico-lingüística, la identificación implica un proceso de reconocimiento esencial que va más allá del ámbito analítico. El designar comparte con el proceso de identificar, sólo el principio de exclusión y de objetivización (según la caracterización de la definición de "identificar" presentada por Ricoeur, y a la que hemos hecho referencia al comienzo). Las instancias que

---

<sup>122</sup> Tal cosa A es A y no B. Ricoeur dice: "En cuanto a los nombres propios, éstos se limitan a singularizar una entidad no repetible y no divisible sin caracterizarla." SCO, 3.

diferencian los dos procesos son, justamente, los que involucran la dimensión de la "relacionalidad", es decir, la necesidad de un contexto y de una situación interlocucional. En pocas palabras, el "identificar" implica la "relacionalidad".<sup>123</sup>

Por lo tanto, nos parece que los nombres propios, aplicados principalmente a las personas, ponen el acento más bien sobre el carácter de identidad, en el sentido de la mera y a-dialéctica mismidad; por tanto, nos parece que tienen escaso valor identificativo, con respecto a las personas mismas. Asimismo Ricoeur critica a Strawson, señalando que, en *Individuos*, la cuestión del sí viene ocultada por la instancia de la mismidad.<sup>124</sup>

En tal sentido, compartimos también la crítica según la cual lo que más emergería de la argumentación strawsoniana es la objetivización de la persona, en cuanto particular básico, particular anónimo, sin "personalidad", sin demasiada consideración, ni siquiera desde el punto de vista de la filosofía del lenguaje, del *quién* que habla.

Persona sería, según este enfoque strawsoniano, lo que viene individualizado en cuanto particular básico emergente en el plano público y localizante del esquema espacio-temporal compartido. Considerando este punto de partida, no entendemos en nombre de qué la persona podría y debería tener particular relevancia e importancia para nosotros, respecto a otros objetos pertenecientes al mismo esquema único.<sup>125</sup>

Intentemos, pues, analizar mejor la naturaleza de tales perplejidades y buscar una vía de acceso al problema de la persona. Siguiendo la

---

<sup>123</sup> "Desde el punto de vista puramente lógico, (...) la denominación singular consiste en hacer corresponder una designación *permanente* con el carácter no repetible e indivisible de una entidad (...)." SCO, 3-4. Cfr. también SCA, 106.

<sup>124</sup> Cfr. SCA, 109.

<sup>125</sup> Cfr. SCA, 109.

distinción que Ricoeur presenta en *Sí mismo como otro* entre un acercamiento semántico y uno pragmático al problema del sujeto, trataremos de individuar un camino de tipo dialéctico entre la teoría de la referencia identificante y una teoría de la reflexividad de la enunciación.

## 5.2. Semántica y pragmática

Según lo que hemos venido analizando, la teoría de la referencia identificante ha desembocado en un proceso designativo de los entes, asignándoles nombres propios que los objetivasen en su unicidad e “irrepetibilidad”.

Hemos también visto cómo tal proceso no tome en consideración la “relacionalidad” implícita, según Ricoeur y según nosotros, en la definición del concepto de identificación. Esto porque, básicamente, la teoría de la referencia identificante se desarrolla fuera sea de la situación de enunciación, sea de la interlocucional, teniendo que ver, principalmente, con un enfoque de tipo lógico-lingüístico.

Lo que quisiéramos aquí analizar es, justamente, qué tipo de relación puede instaurarse entre la teoría de la referencia identificante y tal contexto interlocucional, contexto que será necesariamente reflexivo: en pocas palabras, se trata de poner en relación dialéctica el enfoque de la referencia identificante strawsoniano con la teoría de la reflexividad enunciativa. Dicho en otro modo, intentaremos buscar un punto de intersección entre un acercamiento de tipo semántico y uno de tipo pragmático, para analizar más bien la naturaleza de este sujeto hablante.



Podríamos decir que, mientras la semántica viene a ser contenida en el proceso de designación originado por la teoría de la referencia identificante, la pragmática es una

(...) teoría del lenguaje tal como se emplea en determinados contextos de interlocución.

(...) la pragmática no pretende realizar una descripción empírica de los hechos de comunicación, sino una investigación referida a las condiciones de posibilidad que rigen el empleo efectivo del lenguaje, en todos los casos en que la referencia vinculada a ciertas expresiones no puede ser determinada sin el conocimiento de su contexto de uso, es decir, esencialmente de la situación de *interlocución*. (SCO, 18).

Esto implica: en primer lugar, concentrar la atención sobre el espacio vivo de la enunciación, es decir, sobre el acto de habla (o mejor, la acción de hablar); en segundo lugar, poner el acento sobre la ocasión de la interlocución, es decir, sobre el yo-tú de la situación interlocucional. He aquí la primera diferencia entre la teoría de la referencia identificante y la teoría de la reflexividad de la enunciación, entre semántica y pragmática.<sup>126</sup>

Así que, mientras la semántica considera más relevante el enunciado en cuanto "hecho", la pragmática tiende a analizar más bien la acción de enunciación, es decir, la ocasión, el evento del interlocuir. Tomada en consideración de esta manera, la acción de hablar nos hace remontar al acto de decir, o sea, a los hablantes involucrados en la situación comunicativa.

---

<sup>126</sup> Ricoeur señala: "(...) para la investigación referencial, la persona es, ante todo, la tercera persona, o sea, aquella de la que se habla. Para la investigación reflexiva, por el contrario, la persona es, en primer lugar, un yo que habla a un tú." SCO, 19.

Lo que ha sido criticado en el planteamiento strawsoniano ha sido el hecho de que, mediante una metodología analítica se llega a definir, sí, la persona en cuanto concepto primitivo, dejando, sin embargo, en el fondo la cuestión por el *quién*, por la persona y su identidad, abierta y sin solución.<sup>127</sup> Nos parece que tal argumentación es seguramente valiosa, pero no suficiente.<sup>128</sup>

La persona no puede venir considerada simplemente desde un punto de vista referencial en un cuadro delimitado por coordenadas espacio-temporales, porque aún así el sujeto, con su capacidad de decir “yo”, sigue planteando un problema.

El punto de intersección entre una teoría de la referencia identificante y la de la reflexividad de la enunciación (es decir, entre semántica y pragmática) corresponde, en el plano lingüístico, al concepto de re-identificación; en el plano ético, al de reconocimiento.

Sin embargo, quisiéramos nuevamente subrayar la necesaria naturaleza relacional del proceso de re-identificación: esto necesita una referencia identificante posiblemente unívoca (hecha de indicadores lógicos, pronombres personales o nombres propios, o ostensivos) insertada, pero, dentro de una situación comunicativa entre dos interlocutores, un yo que habla a un tú sobre algo. La identificación, pues, viene a

---

<sup>127</sup> Ricoeur dice: “Al no subrayar principalmente el *quién* del que se habla sino el *qué* de los particulares de los que se habla, incluidas las personas, situamos todo el análisis de la persona como particular de base en el plano público de la señalización respecto al esquema espaciotemporal que lo contiene.” SCO, 8.

<sup>128</sup> Seguramente no nos parece suficiente la posición por la cual: “La admisión de esta categoría [la persona] como primitiva y no-derivada aparecería como una condición necesaria de nuestra pertenencia a un mundo no solipsista. Dado, entonces, que nuestro esquema de cosas incluye el esquema de un mundo común espacio-temporal de particulares, parece que debe acordarse a los cuerpos materiales y a las personas un lugar central entre los particulares. Ellos deben ser los particulares primarios.” P. Strawson, *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989, pg. 245. En este sentido, nos parece que el concepto es introducido más bien como concepto *ad hoc* que como concepto primitivo. No se entiende por qué y en nombre de cuál privilegio las personas *deban* ser necesariamente *primarias*...

realizarse dentro de una situación relacional constituida por la dialéctica entre semántica y pragmática, entre yo-tú dentro de un contexto interlocucional.<sup>129</sup>

Esto quiere decir, fundamentalmente, dos cosas: la primera es que la identificación debe acontecer, necesariamente, dentro de un contexto enunciativo; la segunda es que la enunciación pasa aquí a ser interlocución.<sup>130</sup> Ya hemos visto cómo también el problema de la atestación viene a ser planteado en la dualidad de la interlocución: no hay atestación (ni siquiera auto-atestación) sin el *estar-en-frente* a un tú. La identidad y su atestación se revelan, pues, como fases de un proceso hermenéutico-relacional denominado reconocimiento de la persona humana.

Ahora bien, hemos dicho que la actitud semántica se preocupa más bien por el problema de la identificación desde el punto de vista referencial, mientras que la pragmática inserta tal análisis en un contexto enunciativo-interlocucional. Esto nos indica que, para delinear un concepto más complejo de identificación, es necesario intentar analizar la cuestión del *quién* de la enunciación. Y, como hemos visto, interesarse por la enunciación (es decir, por el acto de enunciar y no sólo por el enunciado-hecho), quiere decir tomar en consideración y reflexionar sobre el yo y el tú que están involucrados en la situación interlocucional.

Ricoeur dice:

(...) *no son los enunciados los que refieren, sino los hablantes los que hacen referencia*: tampoco son los enunciados los que tienen

---

<sup>129</sup> Ricoeur dice: "(...) a esta situación de interlocución pertenece el hecho de que a un locutor en primera persona corresponda un *interlocutor* en segunda persona al que se dirige el primero." SCO, 22.

<sup>130</sup> Cfr. SCA, 123.

un sentido o significan, sino que son los locutores los que quieren decir esto o aquello. (SCO, 21).

No se trata, pues, de acercarse al lenguaje, al enunciado como a un hecho mundanal que acontece o haya ya acontecido. Se trata más bien de intentar analizar la enunciación como un proceso, como una acción que viene llevada a cabo por un *agente* (llamado *remitente*), y direccionada hacia un *paciente* (denominado *destinatario*). Se trata de considerar el acto de enunciar por lo que es: una acción que, en cuanto tal, cambia la constitución ontológica del mundo, desvelando así también su estructura ontológico-existencial continuamente *in fieri*, dinámica.

Sin embargo, paradójicamente, el elemento de la reflexividad no contribuye a una mayor transparencia del sujeto a sí mismo. En pocas palabras, la teoría de la reflexividad no se pone como clave de solución de las históricas aporías de la teoría de la referencia, ni como vía de identificación unívoca. Al contrario,

(...) esta paradoja consiste en que la reflexión del hecho de la enunciación, en el sentido del enunciado, forma parte integrante de la referencia de la mayoría de los enunciados de la vida cotidiana en la situación ordinaria de interlocución. (SCO, 20).

En la argumentación ricoeuriana el tema de la enunciación aparece estrictamente enlazado con el discurso sobre los *speech acts*, inaugurado por J.L. Austin en su *How to do Things with Words* (1962)<sup>131</sup>, y

---

<sup>131</sup> Tal obra, denominada abreviadamente *Words*, está constituida por un conjunto de conferencias leídas en la Harvard University en el 1955 y publicadas póstumas en el 1962 bajo el título *How to do Things with Words*.

desarrollada luego por su discípulo J.R. Searle que escribe *Speech acts- An essay in the philosophy of language* (1969).

Tal teoría de los *speech acts* tiene la interesante ventaja de identificar la teoría lingüística con la teoría de la acción.<sup>132</sup>

Así la misma teoría referencial estaría comprendida en la teoría de los *speech acts* : la referencia sería, pues, un acto de discurso particular, insertado en un más amplio conjunto de acciones de discurso. Esto quiere decir, fundamentalmente, que la comunicación lingüística toda se realiza gracias a *speech acts*.<sup>133</sup>

La unidad lingüística sobre la cual viene ahora a concentrarse la atención, ya no será el símbolo, o la palabra, más bien que la proposición, sino la producción (entendida aquí como emisión-recepción) de una suerte de *performance* lingüístico, es decir, un *speech act*.<sup>134</sup>

Identificar la teoría del lenguaje con la teoría de la acción, nos lleva a subrayar con mayor fuerza la relevancia del sujeto en cuanto agente concreto, y no simplemente en cuanto sujeto lógico de la teoría referencial.<sup>135</sup>

---

<sup>132</sup> En el párrafo titulado *Why study speech acts?*, Searle dice: "(...) studying a language is performing speech acts, acts such as making statements, giving commands, asking questions, making promises, and son on; and more abstractly, acts such referring and predicating; and secondly, (...) these acts are in general made possible by and are performed in accordance with certain rules for the use of linguistic elements." J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg. 16.

<sup>133</sup> "The reason for concentrating on the study of speech acts is simply this: all linguistic communication involves linguistic acts." J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg. 16.

<sup>134</sup> Cfr. J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg. 16. Searle dice: "(...) if my conception of language is correct, a theory of language is part of a theory of action, simply because speaking is a rule-governed form of behavior. J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg. 17.

<sup>135</sup> Searle distingue dos tipos de reglas que regularían el funcionamiento del lenguaje: las reglas *regulativas*, y las *constitutivas*. Las *regulativas* "(...) regulate antecedently or

Esto nos sugiere que la persona es distinta del sujeto lógico a partir propio del análisis lingüístico.

Austin, en la citada obra, distingue los enunciados en *constatativos* y *performativos*. Mientras que los primeros expresan simplemente una constatación, es decir, se limitan a indicar un estado de cosas, los segundos tienen la peculiaridad de cumplir, simplemente enunciándolo, lo que enuncian. Específicamente, poseen tal poder sólo si expresados por verbos a la primera persona singular del presente indicativo.<sup>136</sup>

A partir de tal peculiaridad, Searle desarrolla su teoría de los actos de discurso individuando en la acción de habla distintos tipos de actos, es decir, distintos usos y diferentes finalidades de la comunicación.

Él distingue:

- Acto locucional: hacer una aserción, decir algo sobre algo, predicar.
- Acto ilocucional: lo que el hablante *hace en el hablar* (declarar, describir, aseverar, advertir, regañar, comentar, comandar, ordenar, pedir, etc...)<sup>137</sup>

---

independently existing forms of behavior (for example, many rules of etiquette regulate inter-personal relationships which exist independently of the rules)." Las reglas *constitutivas* "(...) do not merely regulate, they create or define new forms of behavior (for example, rules of football)." J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg 33. Y luego sigue diciendo: "(...) the semantic structure of a language may be regarded as a conventional realization of a series of sets of underlying constitutive rules, and that speech acts are acts characteristically performed by uttering expressions in accordance with these sets of constitutive rules." J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg. 37. En este sentido, el acto de prometer viene considerado una obligación en virtud del hecho de que es la regla constitutiva de la promesa misma que impone y compromete el prometente a mantener su propia palabra y a realizar lo que promete. El acto lingüístico llega aquí a la apoteosis de su expresión creativa.

<sup>136</sup> Cfr. SCA, 122.

<sup>137</sup> Sin embargo, Searle especifica que "(...) in performing an illocutionary act one characteristically performs propositional acts and utterance acts." J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge,

- Acto perlocucional: relacionado con la noción de acto ilocucional, es lo que provoca o genera efectos o, más generalmente, consecuencias (reacciones, emociones, pensamientos, creencias) en el interlocutor.<sup>138</sup>

Las proposiciones vienen usadas, no dicen *per se*. Así que, podríamos decir, con Ricoeur, que:

(...) todo avance en dirección a la ipseidad del hablante o del agente tiene como contrapartida un avance semejante en la alteridad del interlocutor. (SCO, 22).

A partir de esto, podríamos cumplir algunas observaciones sobre lo que acabamos de analizar.

La primera es que el sujeto lógico "yo", en realidad es un agente, en sentido absoluto. Por tanto, el perfil de este "yo" aparece ser más complejo que el del sujeto dibujado por el discurso analítico. Siendo así, nos parece que tal "yo" no puede quedarse cristalizado en la esterilidad de una teoría referencial identificante, sino que debe añadirse a ella el

---

1980, pg. 24. Esto en virtud del hecho de que existen diferencias entre distintas acciones de habla dentro del acto ilocucional mismo. Searle individua tres tipologías de acto:

- "The uttering of words (morphemes, sentences) = performing *utterance acts*.
- Referring and predicating = performing *propositional acts*.
- Stating, questioning, commanding, etc... = performing *illocutionary acts*." Cfr. J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pgg. 23-24.

Y sigue diciendo: "The linguistic correlate of this point is that sentences or words, are used to say things. J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pg. 25.

<sup>138</sup> Cfr. SCA, 121-122 y J. R. Searle, *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980, pgg. 23-25.

espesor de una dimensión irreductiblemente ética, cual es la de la atestación y del reconocimiento.<sup>139</sup>

En segundo lugar, estando puesta en el mismo plano de la teoría de la acción, la teoría del lenguaje no ofrece ulterior y mayor transparencia del sujeto respecto a aquella. En este sentido, lenguaje y acción resultan ser expresiones peculiares del sujeto, sujeto que tiene que venir descifrado a través de ellos.

En tercer lugar, tal teoría del sujeto no puede venir construida prescindiendo de una relación entre la semántica y la pragmática. Ambas, de hecho, consideradas singularmente, nos han llevado a paradojas y aporías. La aporía de la semántica era la de encerrarse en el proceso de designación referencial. La de la pragmática la de tender a considerar simplemente la "factualidad" de la enunciación, el acto de enunciar en cuanto hecho.<sup>140</sup>

En realidad, la cuestión queda abierta: ¿quién se esconde de trás de tales análisis?. ¿Quién es este sujeto?. ¿Quién es esta "persona"?

Ricoeur cree que no se puede dibujar el estatuto del sujeto sin poner en relación los planteamientos semánticos y pragmáticos, es decir, sin llegar a una teoría de la referencia-a-sí.

Veamos, pues, qué quiere decir tal fórmula.

---

<sup>139</sup> A este propósito, en una nota, Ricoeur dice: "Es un problema saber si el nexos entre el 'yo' y la enunciación que lo incluye no pone de manifiesto la problemática más amplia de la atestación que hemos visto aflorar por primera vez con motivo de la relación de adscripción de los predicados psíquicos a la entidad personal." Nota 6, pg. 24 de SCO.

<sup>140</sup> Cfr. SCA, 128.



### 5.3. La referencia-a-sí

Ricoeur dice que el término “yo” es un término vacío, es decir, que designa cada vez una persona distinta, según su usuario.

(...) “yo”, en este primer sentido, se aplica a cualquiera que al hablar se designe a sí mismo y que, asumiendo esta palabra, tome bajo su responsabilidad todo el lenguaje. (SCO, 28-29).

El “yo” es, técnicamente hablando, un *shifter*, es decir, un término que cambia, que se mueve, que se sustituye: expresando toda la valencia ontológica del lenguaje y evidenciando el principio de exclusión, se aplica, indiferentemente, a todo sujeto que, hablando, lo use para designarse a sí mismo.

Así “yo” se presenta como un término completamente ambigüo: por un lado es un indicador bien preciso, un pronombre personal que parece fijar la identidad de cualesquiera lo pronuncie o lo use; por otro lado, es un *shifter* que, finalmente, no nos dice nada sobre esa identidad. La persona, pues, va más allá de la gramática y, nos sentiríamos tentados de decir, de la lógica. Llamamos a tal ambigüedad *anfibología del yo* (fórmula de clara inspiración husserliana), entendiendo con eso la naturaleza ambivalente de tal pronombre, ambivalencia que conlleva consigo algunas aporías que intentaremos por lo menos indicar enseguida.

La primera es propio tal *anfibología del yo* y que reside, justamente, en la ambivalencia del yo en cuanto indicador/*shifter*.<sup>141</sup> Podríamos

---

<sup>141</sup> Ricoeur dice: “La paradoja consiste, precisamente, en la aparente contradicción entre el carácter sustituible del *shifter* y el carácter insustituible del fenómeno de anclaje.” SCO, 29.

denominar, con Wittgenstein<sup>142</sup> y con Ricoeur, *aporía del anclaje* tal carácter ambigüo del “yo”, diciendo que el “yo” es, finalmente, una aporía.

Lo que es cierto es que el yo está constituido por una relación entre su ser indicador lógico y su ser *shifter*. Lo que resulta claro es, en última instancia, que el yo individúa la perspectiva propia de la persona en el mundo o sobre el mundo. Tal perspectiva es, pues, la *aporía del anclaje*. Wittgenstein dice:

El sujeto no pertenece al mundo, sino que es un límite del mundo.  
(L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, Alianza Editorial, Madrid, 1987, pg. 145, prop. 5. 632).<sup>143</sup>

La segunda aporía deriva de la aporía del anclaje y reside en el hecho de que el yo es límite del mundo sobre el que se asoma y, en cuanto límite, es perspectiva. El ser fijo del yo es su ser límite. Su perspectiva, su ser *shifter*. Entre límite y perspectiva parece, sin embargo, abrirse el espacio de la ambigüedad, en la medida en que, como nos indica Wittgenstein, “yo” y nombre propio son “instrumentos diferentes en nuestro lenguaje.”

---

<sup>142</sup> Wittgenstein se ha ocupado de esto en el *Tractatus* y en su *Cuaderno azul*. Él dice: “Por ‘yo’ [en ‘yo veo’] yo no quería decir realmente L. W., aunque yo podría decir por ayudar a mis semejantes: ‘Quien ve ahora realmente es L. W.’, si bien no es esto lo que yo pienso realmente.” L. Wittgenstein, *Los cuadernos azul y marrón*, Tecnos, Madrid, 1976, pg. 100. Y sigue: “La palabra ‘yo’ no significa lo mismo que ‘L. W.’, incluso si yo soy L. W., ni significa lo mismo que la expresión ‘la persona que está hablando ahora’.” Pero esto no quiere decir: que ‘L. W.’ y ‘yo’ signifiquen cosas diferentes. Todo lo que quiere decir es que estas palabras son instrumentos diferentes de nuestro lenguaje.” L. Wittgenstein, *Los cuadernos azul y marrón*, Tecnos, Madrid, 1976, pg. 101. Ambos textos viene también citados en SCA, pg. 132.

<sup>143</sup> “¿Dónde descubrir en el mundo un sujeto metafísico? Dices que ocurre aquí enteramente como con el ojo y el campo visual. Pero el ojo no lo ves realmente. Y nada en el campo visual permite inferir que es visto por un ojo.” L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, Alianza Editorial, Madrid, 1987, pg. 145, prop. 5. 633.

Llegamos aquí, con esta última aporía, al límite de la teoría reflexiva de la enunciación, en la medida en que ésta se ha concentrado sobre la enunciación en cuanto hecho mundanal y no en cuanto acción cumplida por un yo y un tú.

La no coincidencia entre yo y nombre propio, es decir, entre límite y perspectiva, nos sugiere que el *quién* de la persona, del sujeto, va más allá de la reflexividad misma.

Finalmente, seguiremos la argumentación de Ricoeur, según la cual el paso para superar tales aporías es poner en relación la teoría de la referencia identificante y la reflexividad de la enunciación en cuanto acto de habla, es decir, la situación interlocucional del yo-tú, llegando así a la noción de referencia-a-sí.

Ricoeur dice que el fenómeno del anclaje puede ser comprendido sólo si el yo hablante viene extrapolado desde la abstracción de su ser simple indicador lógico y considerado (también) como una persona:<sup>144</sup>

El acercamiento consiste esta vez en una objetivación de tipo único, a saber, la asimilación entre el 'yo', sujeto de enunciación, y la persona, particular de base irreductible. La noción de *sui-referencia* (...) es, en efecto, el compuesto que surge del nuevo cruce entre reflexividad y referencia identificante. (SCO, 33).

Podríamos decir que el concepto de referencia-a-sí deriva del cruce entre límite y perspectiva en cuanto instancias de la persona humana, en su ontología fundamental.<sup>145</sup>

---

<sup>144</sup> Si se quiere bajar más en el análisis y ver en qué sentido, para Ricoeur, tal "relacionalidad" es ontológicamente estructurada y no simplemente un inevitable hecho de lenguaje, véase SCA, 133-134.

<sup>145</sup> En el plano lógico-lingüístico tal cruce tiene valencias más radicales. Nos referimos aquí a las proposiciones wittgensteinianas 5.6 y 5.63 que rezan, respectivamente: "Los límites de mi lenguaje, significan los límites de mi mundo." Y "Yo soy mi mundo

La referencia-a-sí no es, según Ricoeur, una operación arbitraria, en la medida en que posee los caracteres de una función institucional.<sup>146</sup>

Ricoeur dice:

La relación entre el pronombre personal 'yo', tomado como sujeto de atribución, y el nombre propio, como designación de la muestra de un particular de base, es una relación de inscripción en el sentido institucional del término. (SCO, 35).

El paso fundamental que nos parece haberse dado aquí es el que une el yo al sí. El sí, en tal sentido, resume la particularidad referencial de un yo que se autoidentifica y, reflexivamente, se autodefine en cuanto sujeto. La teoría de la referencia-a-sí pretende, justamente, superar las aporías del sujeto suscitadas por una consideración unívoca y extrema de una actitud, a la vez, semántica o pragmática.

La referencia-a-sí parece ponerse e instalarse en el corazón de una teoría que ve el yo en cuanto hablante y que hace referencia a sí mismo en cuanto persona, y en cuanto persona-agente. Podríamos decir, pues, que la teoría de la referencia-a-sí inaugura la relación existente, de manera constitutiva, entre la teoría de la referencia identificante y la teoría de la reflexividad de la enunciación. En tal

---

(microcosmo).". L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, Alianza Editorial, Madrid, 1987, pg. 143. No queremos absolutamente llegar así a concluir que el sujeto es, en realidad, una entidad o un artificio lingüístico. Simplemente queremos señalar la posibilidad de tal hipótesis, sin entrar aquí en los detalles de la discusión. La apertura de tal discurso se realizaría, creemos, sólo llegando al extremo del concepto de sujeto en cuanto límite, es decir, si se considerase el sujeto simplemente en cuanto *shifter*. Y, fundamentalmente, lo que quisiéramos evitar, es todo tipo de reducción. La expansión de tal instancia llevaría consigo la consecuencia de una explosión de la idea de sujeto. Mientras que, al contrario, el extremo del concepto de perspectiva, causaría una implosión del sujeto, dejándolo caer en una suerte de parálisis o escepticismo cognitivo.

<sup>146</sup> Ricoeur da, en SCA, la explicación del sentido del término *denominación*, según una suerte de atribución de los nombres, apellidos etc...de tipo, histórico, diríamos, que tiene eco searleano.

sentido, la identidad personal radica en la ontología del lenguaje, es decir, en la “relacionalidad” intrínseca entre yo y mundo.

Sin embargo, nos parece que toda argumentación hasta aquí llevada a cabo, ha seguido considerando el sujeto en cuanto abstracción lógico-lingüística. En particular, pensamos que la teoría de la referencia-a-sí podría venir reducida a idea trascendental si no viene asociada, constitutivamente, a otro tema que ahora emerge con urgencia: la corporeidad.

#### **§ 6. Variaciones sobre el trípode de la pasividad: plano teórico**

Lo que hasta ahora hemos intentado estudiar, ha sido la eventual y posible relación existente entre la teoría de Strawson de la referencia identificante, analizada a través de la interpretación que Ricoeur da de ella, y la teoría ricoeuriana misma de la referencia a sí. Preocupación principal de ambas era la individuación de un criterio que garantizase el principio de identificación. Tal principio, aplicado a la persona humana, se transforma en problema: el pronombre personal “yo” desvela toda su ambigüedad, a pesar de la claridad y serenidad con las que cada cual lo usa. Así, resulta que la relación entre el pronombre personal “yo” y el posesivo “mío” se presenta como problemática, si analizada desde un punto de vista exclusivamente lógico-lingüístico. En tal sentido, parece que ni la semántica ni la pragmática, tomadas aisladamente, pueden solucionar tales ambigüedades que, a un cierto punto, se han transformado, como hemos visto, en legítimas aporías.

En tal sentido, se ha propuesto un estudio cruzado entre las dos teorías presentadas en *Individuos* por Strawson, y estudiadas en *Sí mismo como*

otro por Ricoeur. Resultado de tal cruce ha sido, sorprendentemente, de naturaleza absolutamente otra respecto a las previsiones: el punto de fusión entre las dos teorías reside en la consideración del cuerpo propio en cuanto, no sólo órgano, sino en cuanto sede pre-originaria de la identidad humana.

El cuerpo propio, de hecho, presenta rasgos y características peculiares y fundamentales en la delineación de la problemática de la identidad personal. El cuerpo no es un complemento que se añadiría desde el exterior a una identidad ya designada, connotada e identificada. Sería, al contrario, elemento fundamental, radical y más aún originario de la asignación, atribución y atestación del pronombre "yo". Al cuerpo viene entregado el papel de encarnar una existencia que, de otra forma, no existiría. El cuerpo es la raíz del "yo", raíz de la identidad misma y de su presentación en el mundo de los otros y de las cosas. Así que se puede tranquilamente decir que persona humana es necesariamente una persona encarnada. Es imposible, pues, tomar en consideración o hablar de la persona, en un sentido abstracto. Dicho de otra manera, la consciencia, que antiguamente había sido considerada sinónimo de sujeto y de subjetividad y, por ende, de identidad, viene ahora a ser insertada en una más amplia reflexión que tiene que ver con las complejas relaciones de un cuerpo que es su propio entramado, con el entramado de la existencia misma. Cuerpo y consciencia no son temáticas separables. La consciencia siempre es consciencia de un cuerpo, así como el cuerpo es cuerpo de una consciencia siempre encarnada.

En este apartado queremos analizar, no tanto tales relaciones entre consciencia y cuerpo, problema interesante cuanto antiguo, que, sin embargo, no es tema de nuestro trabajo, sino proponer una variación

sobre el trípode de la pasividad dibujado en *Sí mismo como otro*. Esto quiere decir que el trasfondo de tal planteamiento se quedará el de la pasividad entendida como alteridad, cual base de la identidad personal. Sin embargo, intentaremos no repetir las cosas ya tomadas en consideración en el primer capítulo, cuando hemos analizado tal pensamiento en la obra ricoeuriana. Sino de analizar la “relacionalidad” que constituye la estructura de la persona humana, “relacionalidad” que se genera a partir de la constitución encarnada de la existencia humana misma, es decir, de una manera pre-originaria. Seguirá, pues, un análisis de los lenguajes que se desprenden a partir de tal encarnación, encarnación que resultará ser necesariamente intersubjetiva. Hasta llegar a la delineación de una identidad que se autoreconoce sólo gracias a la alteridad que el yo proyecta en el relato de sí mismo (alteridad de las palabras, del proceso de distanciamiento necesario al acto de contar mismo, alteridad del tiempo verbal y de los interlocutores), hasta la alteridad del relato en cuanto texto que se separa de su propio autor. Las variaciones del trípode de la pasividad consisten, entonces, en una consideración, desde el punto de vista narrativo, de la temática de la alteridad. Porque, finalmente, cada paso hacia la alteridad corresponde a un logro dentro del camino de acceso a lo que es la persona humana.

En tal sentido vendrá presentado el cuerpo cual elemento indispensable al establecimiento de tal “relacionalidad”: el cuerpo se transforma en medio pre-originario, en condición de posibilidad de todo tipo de comunicación. El cuerpo viene a ser, entonces, una suerte de metáfora de la voz, cual expresión privilegiada del lenguaje hablado. Obviamente, somos conscientes de que existen muchos tipos de comunicación y muchas tipologías de lenguaje. No queremos

absolutamente reducir la capacidad expresiva del ser humano al simple lenguaje verbal común. Sin embargo, es nuestro interés tomar en consideración sólo este tipo de expresión, porque nuestra tarea es analizar en qué modo la comunicación verbal, los relatos y los cuentos de un sujeto insertados en una comunidad, logren construir un mundo de significados compartidos, aceptados y que constituyen, finalmente, la identidad de uno y de una sociedad humana. El lenguaje, creado por esa sociedad, y al que viene otorgado un significado socio-cultural, es, en última instancia, el mismo creador de los significados y de la sociedad misma. Dicho de otro modo, identidad y lenguaje son dos elementos que no pueden venir separados, ni venir reducidos el uno al otro. Son absolutamente interdependientes, y las crisis de uno corresponde a la duda del otro.

Más específicamente, el contexto por el cual nos interesaremos será el contexto de la comunicación en la relación médico-paciente.

Llegaremos, entonces, a considerar en qué modo tal alteridad del cuerpo, de la voz y del relato, logran construir nuestra manera de vivir, nuestras culturas, nuestras religiones y hasta nuestra manera de concebir la vida la muerte y la enfermedad. Intentaremos ver que también la concepción de la medicina, considerada en sentido positivista en cuanto ciencia, en realidad viene configurada a partir de una concepción cultural de la enfermedad y de la relación que los sujetos crean dentro de sus sociedades con tales significados. Intentaremos, entonces, estudiar en qué manera la narrativa influencia, si es que influencia, la construcción de nuestra identidad y subjetividad, sea en el plano privado, sea en el público. Porque, fundamentalmente, estamos convencidos de que los seres humanos no sólo somos seres sociables, sino más bien seres comunicativos, es decir, hermenéuticos.



## 6.1. La constitución relacional de la persona: el cuerpo propio

(...) el cuerpo es eminentemente un espacio expresivo. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 159).

Ricoeur se pregunta, en *El discurso de la acción* (1988), por qué el tema del cuerpo está prácticamente ausente del análisis lingüístico.<sup>147</sup> Esto quizás es por causa de una irreductible tradición de raíz cartesiana, que nos ha entregado la *forma mentis* de la separación entre *res cogitans* y *res extensa*, entre sujeto y objeto y, en última instancia, entre lenguaje y pensamiento.<sup>148</sup>

Lo que quisiéramos aquí analizar es la dinámica que nos permite colocar el cuerpo propio en el punto de encuentro e intersección de la teoría de la referencia identificante y la teoría de la referencia-a-sí.

En particular, creemos que tal punto de entrecruce es el de la existencia humana en cuanto vivencia encarnada. Dicho de otra manera, creemos que la intersección entre las teorías que hemos estado anteriormente viendo, está constituida por el ambigüo estatuto del cuerpo propio en cuanto existencia humana vivida por cada cual.<sup>149</sup>

---

<sup>147</sup> "(...) el análisis lingüístico implica que se mantiene en el plano de los enunciados públicos; desde ese momento, su exclusión del cuerpo propio tiene una significación metodológica. El cuerpo-propio no puede ser tematizado sino dentro de un método que se remonte desde los problemas de la expresión lingüística a los problemas de la constitución de lo vivido." DA, 152.

<sup>148</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pgg. 271-272.

<sup>149</sup> Es interesante como, en este sentido, el cuerpo pueda ser entendido en la peculiaridad de la identidad propia. Se puede, pues, establecer un paralelismo entre tal ambigüedad del cuerpo propio y el pronombre "yo" en cuanto *shifter*. El cuerpo, así como el "yo", es algo común a toda humanidad, sin embargo, marca define y funda la peculiar e ineluctable identidad de cada cual. Tal relación entre yo y cuerpo

Así dice Merleau-Ponty:

El cuerpo no es, pues, un objeto. Por la misma razón, la conciencia que tengo de él no es un pensamiento, es decir, no puedo descomponerlo y recomponerlo para formar una idea clara. Su unidad es siempre implícita y confusa. Es siempre otra cosa de lo que es, siempre sexualidad a la vez que libertad, arraigado en la naturaleza en el momento mismo en que se transforma por la cultura, nunca encerrado sobre sí mismo y nunca superado. Se trate del cuerpo del otro o de mi propio cuerpo, no tengo otro medio de conocer el cuerpo humano que vivirlo, es decir, reasumir por mi cuenta el drama que lo atraviesa y confundirme con él. Soy, pues, mi cuerpo (...). (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 218).

El real punto de encuentro de la referencia identificante y la referencia-a-sí es, pues, el cuerpo entendido como existencia humana encarnada, vivida, padecida, construida, actuada, etc..., es decir: espacio expresivo.<sup>150</sup>

Tal argumentación conlleva algunas consecuencias. En primer lugar, el cuerpo es el punto de solución entre las dos teorías de la referencia, en cuanto eje primordial y originario de la identidad humana. En segundo lugar, el cuerpo se presenta, sí, como materia, sin embargo nunca puede ser reducido a objeto: esto en virtud de su estatuto de *shifter* y de

---

propio, creemos, es la raíz más profunda de aquella suerte de propiedad, que viene expresada por todos los pronombres y adjetivos posesivos, que es nuestra propia identidad.

<sup>150</sup> También Ricoeur dice algo parecido: "El extraño estatuto del propio cuerpo incumbe a una problemática más amplia que tiene como reto el estatuto ontológico de este ser que somos, que viene al mundo en forma de corporeidad." SCO, 36.

anillo de anclaje a la existencia encarnada de una identidad específica.<sup>151</sup>

En particular, creemos que el sentido de la corporeidad se manifiesta en la relación existente entre el concepto de "propiedad" y un cuerpo particular, la carne propia: tal "relacionalidad" encontraría su expresión más radical y originaria en el pronombre posesivo "mío". Dicho en otras palabras, el sentido de la posesión de una identidad, es decir, el sentido de la identidad misma, radicaría en tal primoridal y originaria "relacionalidad" entre cuerpo y propiedad. De hecho, tal "propiedad" se caracterizaría de manera completamente peculiar.

Para poder analizar este concepto, tendremos que referirnos a la V meditación de las *Meditaciones cartesianas* de Husserl.

---

<sup>151</sup> Ricoeur afirma: "El fenómeno de anclaje sugiere por sí mismo la dirección en la que habría que comprometerse (...), esto es, la significación absolutamente irreductible del propio cuerpo." SCO, 36. Los problemas suscitados por la teoría presentada por Strawson en *Individuos* tienen que ver con la ocultación, según Ricoeur, de la cuestión del sí. En pocas palabras, la identidad dibujada por Strawson no sería una dialéctica entre mismidad e ipseidad. La identidad strawsoniana, en nombre de la predominancia del cuerpo en cuanto particular básico dentro de un contexto espacio-temporal, que es el horizonte de la identificación, es una auténtica y honda mismidad (cfr. SCA, 109-110).

Ricoeur dice: "Ahora, bien, la noción primitiva de cuerpo refuerza la primacía de la categoría de mismidad que acabamos de subrayar: son ellos los que, por razón eminente, son identificables y reidentificables como los mismos." SCO, 9. Ricoeur señala, pues, algunos corolarios de tal tesis: el primero es que, a partir de la consideración predominante otorgada al cuerpo, el concepto de persona ya no puede ser reducido al de una conciencia pura; el segundo es que los predicados mentales, referidos a la persona y, por ende, al cuerpo, pueden ser expresados también, en virtud de eso, a la tercera persona.

Ricoeur entonces nos indica también algunas perplejidades suscitadas por tal argumentación. Indicaremos sólo una: en el contexto de una teoría referencial identificante no necesariamente está incluso el proceso de autodesignación. Sin tal proceso, en realidad, la problemática del cuerpo propio se revela absolutamente inútil o, por lo menos, innecesaria. En tal sentido, el concepto de autodesignación requiere que venga reconocida la fuerza lógica del sí y, por ende, la de la "propiedad" del cuerpo (cfr. SCA, 111). Propiedad que es, seguramente, *sui generis*: el cuerpo no es *mío*, sino que soy yo. En tal contexto "propiedad" e "identidad" coinciden. Ricoeur afirma: "(...) la posesión del cuerpo por alguien o por cada uno plantea el enigma de una propiedad no transferible, lo que contradice la habitual idea de propiedad." SCO, 14.

Husserl habla aquí de una “esfera de lo propio” o del “mío”, diciendo:

En el fenómeno del mundo- del mundo que aparece como un sentido objetivo- se separa un sustrato como ‘naturaleza’ *incluida en mi propiedad* (*eigenheitliche ‘Natur’*) (...). Así pertenece a mi propiedad, purificada de todo sentido de una subjetividad extraña, un sentido de *mera naturaleza* que también ha perdido precisamente ese *para cada uno* y que, por tanto, de ningún modo debe ser tomada por un estrato abstractivo del mundo mismo o bien de su sentido. Entre los cuerpos físicos de esta *naturaleza* y captado en mi propiedad, encuentro luego, con una preeminencia única, *mi cuerpo orgánico*, a saber, como el único que no es un mero cuerpo físico [*Körper*], sino justamente cuerpo orgánico [*Leib*]. (E. Husserl, *Meditaciones Cartesianas*, Tecnos, Madrid, 1986, pgg. 129-130).

Básicamente, esto quiere decir que el cuerpo propio se presenta en cuanto pre-subjetivo: su “propiedad”, es decir, la naturaleza perteneciente misma marca la subjetividad, la individualiza y, por ende, la funda en cuanto subjetividad propia. El cuerpo es, pues, eje de la subjetividad y de la persona misma que existe en cuanto corporeidad física (*Körper*) y en cuanto corporeidad propia (*Leib*).

Aquí nuevamente, reluce la ambigua “relacionalidad” de la constitución humana. Husserl sigue diciendo:

Si yo reduzco los otros hombres a mi propiedad, obtengo cuerpos físicos incluidos en ella; pero si me reduzco a mí mismo como hombre, obtengo mi *cuerpo orgánico* y mi alma, o sea, a mí mismo como unidad psicofísica y, en esta unidad, mi yo personal, el cual, en este cuerpo orgánico y *por medio* de él, actúa sobre el mundo exterior y padece la acción de éste, y se constituye así en unidad psicofísica en virtud de la constante experiencia de tales modos únicos de relación del yo y de la vida con el cuerpo físico y orgánico. (E. Husserl, *Meditaciones Cartesianas*, Tecnos, Madrid, 1986, pg. 131).

Esto quiere decir que, tras la reducción perteneciente aplicada al sí mismo, el resultado emergente hallado es la unidad psicofísica del sí. Reducir el cuerpo propio quiere decir encontrar la complejidad de una subjetividad fundada en la “relacionalidad” de propiedad y de naturaleza primera.

Aún más: la reducción fenomenológica nos muestra que tal unidad psicofísica funda mi yo personal en cuanto yo encarnado que, por medio de la corporeidad, actúa y padece en el mundo.

La identidad de mi propio yo personal, concluiría Husserl, se constituye gracias a la autorreferencialidad egológica de este cuerpo orgánico viviente.<sup>152</sup>

El cuerpo, para concluir, se presenta como nudo, cruce entre el sentido de lo propio que constituye la identidad subjetiva y la identidad misma del sujeto corpóreo. El cuerpo propio, en cuanto fundamento de la identidad de mi yo personal, se pone en cuanto eje referencial práctico de la autodesignación subjetiva, y esto gracias a la “relacionalidad” inscrita en la “propiedad”, privacidad, personalidad del cuerpo vivo (de la carne viva) y mi identidad de sujeto.

Finalmente, el “yo” realiza en el cuerpo su “sí”.

Sin embargo, hemos empezado diciendo que el cuerpo es eminentemente un espacio expresivo, y con esto queríamos referirnos al hecho (porque de un hecho se trata) de que la existencia humana es

---

<sup>152</sup> Ignoraremos los siguientes desarrollos solipsistas de tal argumentación, cuando Husserl dice:

“Es, pues, inherente a mi ser psíquico la total constitución del mundo para mí existente (...) Yo, el yo, *el yo humano* (el yo psicofísico) reducido, soy constituido como miembro del mundo, con un múltiple *fuera de mí*, pero yo mismo constituyo todo esto en mi psique y lo llevo intencionalmente en mí.” E. Husserl, *Meditaciones Cartesianas*, Tecnos, Madrid, 1986, pg. 132. Lo que nosotros aquí queremos afirmar es que el cuerpo, en cuanto condición de posibilidad de la existencia humana y en cuanto situación originaria de tal existencia, es absolutamente pre-intencional.

necesariamente encarnada, vivida, padecida y, por ende, comunicable y comunicada, es decir, intersubjetiva.<sup>153</sup>

Intentaremos analizar, en el próximo párrafo, cómo el cuerpo propio, condición de posibilidad de la existencia humana, es también condición de la intersubjetividad (entre ser humano y Otro, en sentido amplio). Trataremos, entonces, analizar el hecho de que la existencia humana misma es intersubjetiva.

## 6.2. La intersubjetividad: la voz

[el pensamiento o alma] (...) para poder expresarlo, el cuerpo debe convertirse, en último análisis, en el pensamiento o la intención que nos significa. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 217).

El cuerpo sitúa al sujeto dentro del mundo de sus propios significados. Con la palabra "mundo" entendemos, con Merleau-Ponty, la estructuración de la vida mental o cultural a partir de la vida natural y el hecho de que, por tanto, el pensamiento humano es propio de un sujeto encarnado.<sup>154</sup>

Cuerpo y significado resultan, pues, íntimamente conectados. El elemento que los pone en tal relación, que podríamos definir sintética, es el lenguaje.

---

<sup>153</sup> En la noción misma de actuar y de padecer está inscrita tal constitutiva intersubjetividad.

<sup>154</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 265.

Así, cuerpo, mundo, significado y lenguaje serían todos elementos fundamentales de y para la existencia que definimos humana. Esto quiere decir que la existencia de los seres humanos es una existencia encarnada que ya se encuentra en un mundo de significados intercomunicables. Tal tipología de existencia es la comúnmente llamamos "vida".<sup>155</sup>

Cuerpo, significado y lenguaje son, pues, instancias constitutivamente intersubjetivas.

Sin embargo, como hemos anteriormente visto, el cuerpo y la experiencia que hacemos de él nos presentan un tipo de existencia muy ambigua.

Merleau-Ponty dice:

[El cuerpo] No es ni tangible ni visible en cuanto que es quien ve y quien toca. El cuerpo no es, pues, un objeto exterior cualquiera (...). Si es permanente, su permanencia es absoluta y sirve de fondo a la permanencia relativa de los objetos que se eclipsan, a los verdaderos objetos. La presencia y la ausencia de los objetos exteriores no son sino variaciones en el interior de un campo de presencia primordial, de un dominio perceptivo sobre el cual el cuerpo tiene dominio. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 99).

El concepto aquí presentado remonta a la noción ricœuriana de perspectiva finita, de la que ya hemos hablado. Sin embargo, lo que aquí Merleau-Ponty nos parece sugerir es algo ligeramente distinto.

---

<sup>155</sup> Distinguimos aquí el uso terminológico de "existencia" y "vida". La primera palabra la referimos al mero hecho del existir en cuanto tal; por extensión, la podemos también referir y usar para connotar el entero reino de los seres vivos, también no humanos. Con la segunda palabra, al contrario, queremos entender y significar, justamente, la complejidad peculiar de la dimensión humana, constituida por una estratificación sincrética y constitutiva de distintos niveles: el nivel meramente biológico, el elemento psíquico y psicológico, sentimental, cultural, religioso, artístico, etc...

La perspectiva finita en Ricoeur, entraba, sí, en el orden del conocimiento volviéndose así condición de posibilidad para la transgresión a la finitud humana, transgresión representada, básicamente, por el aparecer de la palabra con su significado y el perfil de la teleología de la felicidad o totalidad. La perspectiva finita era, pues, apertura al significado.

En Merleau-Ponty, en cambio, el significado del mundo entero viene otorgado, justamente, por la existencia encarnada en un cuerpo humano.

La encarnación y la presencia del cuerpo en un mundo que recibe sus significados de ambas presentan, en la *Fenomenología de la percepción*, una sorprendente complejidad relacional con el mundo mismo.

Podríamos decir, en primer lugar, que el centro de sentido a partir del cual el significado viene esparcido en el mundo es el esquema corpóreo, que en filosofía de la mente viene denominado *Body Scheme* (el cual, en relación con la complementaria *Body Image*, constituiría la identidad humana).

El esquema corpóreo posee una definición ambigua, así como ambigua es la experiencia del cuerpo.<sup>156</sup> Tal experiencia se revela ser

---

<sup>156</sup> Merleau-Ponty dice: "Se entendía, primero, por 'esquema corporal' un resumen de nuestra experiencia corporal, capaz de dar un comentario y una significación a la introceptividad y a la propioceptividad del momento." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 105. Esto quiere decir que para la psicología clásica tal fórmula resumía un indefinido número de representaciones y de asociaciones mentales. Sin embargo, sigue Merleau-Ponty: "Si se ha sentido la necesidad de introducir esta nueva palabra, fue debido a que se quería expresar que la unidad espacial y temporal, la unidad intrasensorial o la unidad sensorio-motriz del cuerpo es, por decirlo así, de derecho; que no se imita a los contenidos efectiva y fortuitamente asociados en el curso de nuestra experiencia, sino que los precede de cierta manera, y hace justamente posible su asociación. Así se va hacia una segunda definición del esquema corporal: no será ya el simple resultado de asociaciones establecidas en el curso de la experiencia, sino una toma de conciencia global de mi postura en el mundo intrasensorial, una 'forma' en el sentido de la



fundante del sentido mismo de la experiencia vital: el cuerpo se presenta en cuanto condición de posibilidad del sentir, del padecer y del recibir. La constitución del cuerpo es, entonces, una constitución compleja porque compuesta por factores irreductibles que, a la misma vez, encuentran atribución de sentido en la "experienciabilidad" del cuerpo mismo. Su actuar y padecer se revelan como dos dimensiones que vienen a ser las condiciones de posibilidad de la existencia. El *Body Scheme* puede ser entonces definido como el desplegarse de tales dimensiones en la consciencia cognitiva de la mente humana. El esquema corpóreo parece, pues, resumir en sí mismo las relaciones que el cuerpo, en cuanto materia que vive y que siente, debe de establecer y mantener con el mundo exterior. Podríamos quizás decir que el esquema corpóreo es lo que conecta el sentido experiencial del cuerpo con la "mundanidad" del mundo. Es lo que da un sentido de continuidad al actuar y al padecer.

De hecho, como hemos visto, la constitución del cuerpo está fundamentalmente relacionada con el tiempo y el espacio. El cuerpo es, pues, eje del significado de tales categorías trascendentales. Por lo tanto, podríamos decir que la "espacialidad" del cuerpo no es simplemente una *espacialidad de posición* sino una *espacialidad de situación*.<sup>157</sup> Esto implica, básicamente, que el existir siempre es, para el ser humano, algo más complejo: posición se transforma en situación, y la situación se puede transformar en ocasión. El espacio y el tiempo en

---

*Gestaltpsychologie.*" M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 106-107. El esquema corpóreo o, podríamos decir, el cuerpo mismo, viene a ser gradualmente reconocido en cuanto elemento originario de la experiencia, pre-experimental, eje del significado de la experiencia misma en cuanto pivote de ella.

<sup>157</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 153.

los cuales el cuerpo *habita* encuadran su situación existencial que se vuelve ocasión de la acción y del desarrollo de la vida.<sup>158</sup>

Merleau-Ponty dice:

La palabra 'aquí', aplicada a mi cuerpo, no designa una posición determinada en relación con otras posiciones o en relación con coordenadas exteriores, sino la instalación de las primeras coordenadas, el anclaje del cuerpo activo en un objeto, la situación del cuerpo frente a sus tareas. (..) el 'esquema corporal' es, al fin de cuentas, una manera de expresar que mi cuerpo es en el mundo. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 107-108).

Y, por lo que tiene que ver con el tiempo, dice:

De la misma manera que es necesario un 'aquí', el cuerpo existe también necesariamente en un 'ahora'; nunca puede hacerse 'pasado', y sino podemos conservar (...) el recuerdo (...) en la edad adulta de nuestro cuerpo cuando éramos niños, estas 'lagunas de la memoria' no hacen otra cosa que expresar la estructura temporal de nuestro cuerpo. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957 pg. 152).

---

<sup>158</sup> Aplicando una reducción fenomenológica al revés, podríamos decir que la existencia desemboca en vida en el momento en que desde la vida natural, la que viene brutalmente percibida por el esquema corpóreo, se pasa a la vida cultural en el momento en que la conciencia de la situación se transforma en ocasión. La situación ofrecería, pues, la ocasión para actuar, para cambiar el mundo circundante gracias a una intervención consciente sobre el mundo de la naturaleza misma. Concluyendo: el paso desde la situación a la ocasión es lo que caracteriza el desarrollo de la civilización humana, lo que inaugura, quizás, la época de la ruina del género humano...

No sabemos en qué medida Merleau-Ponty, gracias a tales definiciones, haya superado realmente las ambigüedades y las limitaciones propias de la psicología clásica. Y no nos interesa saberlo.<sup>159</sup>

Sin embargo, lo que resulta ser interesante es que, justamente, en el concepto de esquema corpóreo, aparecen fundamentales las categorías del espacio y del tiempo.<sup>160</sup> El movimiento, dice Merleau-Ponty, y la acción, añadiríamos nosotros, nos sugieren que el cuerpo no es simplemente en el espacio y en el tiempo, sino que los *habita* en cuanto los asume activamente.<sup>161</sup> El entramado común y *a priori* de Strawson viene, pues, a connotarse de manera completamente nueva: mientras que en la teoría de la referencia identificante, tales categorías eran el substrato público a partir del cual se localizaban los particulares básicos, aquí espacio y tiempo son dimensiones en las cuales el sujeto se desarrolla y se expresa en cuanto persona encarnada. Podríamos decir que, mientras para Strawson espacio y tiempo eran el principio de localización, para Merleau-Ponty son bases para la condición humana y para la experiencia existencial en cuanto tal.

---

<sup>159</sup> Sin embargo, queremos aclarar que nos parece que el concepto de esquema corpóreo no pueda ser apresuradamente asimilado con el de identidad personal. Más bien, pensamos que la identidad sea el resultado de la relación entre *Body Scheme* y *Body Image*, es decir, entre la imagen cognitiva de un cuerpo en relación con las categorías espacio-temporales, con el mundo circundante de los objetos, en general, y una imagen interrelacional de un cuerpo que se autoproyecta en un mundo interpersonal, de un cuerpo que se presenta como comunicativo e intersubjetivo y que se encuentra en el mundo-de-los-otros. La identidad personal, más allá de las caracterizaciones culturales, caracteriales, religiosas, históricas, etc...se definiría gracias a esta relación entre estas dos dimensiones de la estructura de la constitución físico-cognitiva, por un lado, e interrelacional e intersubjetiva, por otro.

<sup>160</sup> Coherentemente con el método fenomenológico, Merleau-Ponty afirma: "(...) lejos de que mi cuerpo sea para mí sólo un fragmento de espacio, no podría haber para mí espacio si no tuviera cuerpo." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 110.

<sup>161</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 156.

Tales relaciones inmanentes y, a la vez, activas entre el cuerpo y las dimensiones espacio-temporales, permiten al cuerpo abrir los universos de significado que orientarían la situación existencial del sujeto, transformándola así en ocasión, en *kairós*.

Merleau-Ponty dice:

Los sentidos y, en general, el cuerpo propio, presentan el misterio de un conjunto que, sin dejar su ecceidad y su particularidad, emite, más allá de sí mismo, significaciones capaces de procurar una armadura a toda una serie de pensamientos y de experiencias. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 137).

Resumiendo: la constitución entera del cuerpo, del esquema corpóreo y, en definitiva, de la misma identidad humana, es relacional. El cuerpo se encuentra enraizado en una situación espacio-temporal a partir de la cual parecería “sintetizar” un esquema que abriría la dimensión de los significados del mundo, gracias a la transformación de la situación existencial en *kairós*.

Sin embargo, es preciso especificar que el término *síntesis* aquí es usado de modo peculiar. Tal peculiaridad es, justamente, la que caracteriza las relaciones entre el cuerpo y el espacio-tiempo:

En tanto que tengo un cuerpo y obro a través de él en el mundo, el espacio y el tiempo no son para mí una suma de puntos yuxtapuestos, pero tampoco, por otro lado, una infinidad de relaciones cuya síntesis haría la conciencia y en la que implicaría mi cuerpo; no soy dentro del espacio y del tiempo, no pienso el espacio y el tiempo; soy *en* el espacio y *en* el tiempo, mi cuerpo se aplica a ellos y los abarca. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 153).

El espacio y el tiempo son medios para el desplegarse existencial del cuerpo, en la misma medida en que el cuerpo es medio para el desplegarse de la existencia humana.

El esquema corpóreo es, pues, la apertura al mundo de un cuerpo co-relativo al mundo mismo. La existencia humana resulta ser constitutivamente relacional. Por eso decíamos, con Merleau-Ponty, que el cuerpo es un espacio eminentemente expresivo.<sup>162</sup>

Más aún, debido a su originariedad, el cuerpo se pone como eje de la expresividad: el significado que viene proyectado o encontrado en el mundo es, exclusivamente, un significado-para-nosotros, para los seres humanos. Por eso mismo, el cuerpo no puede ser considerado meramente como objeto entre objetos, sino que posee un significado *per se e in se*.

El cuerpo es nuestro medio general de tener un mundo. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 160).

Así, podríamos decir que el cuerpo es constitutivamente abierto para la expresión (expresión y comunicación de tales significados que se desprenden de su apertura misma y que son mundanales, psicológicos, culturales, artísticos...es decir, intersubjetivos). El cuerpo es elemento constitutivo del lenguaje.<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pgg. 201-202.

<sup>163</sup> Utilizamos aquí el término lenguaje para indicar, precisamente, la expresión lingüística y verbal. Sin embargo, estamos convencidos de que se pueda ampliar el discurso incluyendo en ello todas las posibilidades expresivas humanas, desde la gestualidad hasta las formas más articuladas y complejas de expresión, es decir, la poesía y la música.

Tras la afirmación cartesiana de la separación entre *res cogitans* y *res extensa*, el lenguaje se quedaba, ineluctablemente, relegado entre los fenómenos del pensamiento.<sup>164</sup>

Viceversa, lenguaje y pensamiento, creemos, son co-extensivos<sup>165</sup> y, estando lenguaje y cuerpo estrictamente conectados, el pensamiento resulta ser irreductiblemente relacionado a la corporeidad de la carne viva, cuya voz es ventana sobre la intersubjetividad de los significados intercomunicables y encarnados en la palabra.

Encarnación en la palabra quiere significar aquí no que la palabra es un medio o vehículo de la expresión, sino que los significados vienen a constituirse dentro de la palabra. La palabra cambia el mundo y le atribuye los significados existenciales del vivir en un mundo intercomunicativo. El pensamiento es lo que se mueve dentro de tales significados y que los asume en la realización del lenguaje.

Esto quiere decir que la palabra, siendo parte activa y constitutiva de la construcción de la identidad personal, no un *accidens* del pensamiento, un simple instrumento, es parte del sentido mismo de la existencia humana encarnada. La palabra posee un sentido.<sup>166</sup>

---

<sup>164</sup> Dice Merleau-Ponty: "Si la palabra presupusiera el pensamiento, si hablar fuera, ante todo, unirse al objeto por una intención de conocimiento o por una representación, no se comprendería por qué el pensamiento tiende a la expresión como hacia su acabamiento por qué el objeto más familiar nos parece indeterminado, mientras no demos con el nombre, por qué el sujeto pensante mismo se encuentra en una especie de ignorancia de sus pensamientos, mientras no los ha formulado para sí, o inclusive, los ha dicho o escrito (...)." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg 194.

<sup>165</sup> "El pensamiento no es nada 'interior', no existe fuera del mundo y fuera de las palabras." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 201.

<sup>166</sup> Toda esta argumentación viene elaborada por Merleau-Ponty con la finalidad de mostrar los límites de la psicología empírica, por un lado, y la psicología intelectualista, por otro. Según la primera, el lenguaje es un proceso llevado a cabo por una tercera persona, por lo tanto, sin sujeto hablante; existen palabras, pero no intenciones detrás de ellas. Según la segunda, al contrario, la palabra no posee un sentido propio, sin embargo es producto de un proceso categorial del pensamiento, que sí posee tal

La palabra no ilumina un pensamiento, no lo traduce en sonidos exteriores, sino que lo cumple.<sup>167</sup>

Y la palabra es, eminentemente expresión, comunicación, intersubjetividad.

Así Merleau-Ponty dice:

Un pensamiento que se contentara con existir para sí, a un lado de las dificultades de la palabra y de la comunicación, en cuanto apareciera, reacería en la inconsciencia, lo que quiere decir que no existiría ni aun para sí. (...) nos damos nuestros pensamientos por la palabra interior o exterior. (...) La denominación de los objetos no viene después del reconocimiento mismo.<sup>168</sup> (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 194-195).

Siendo el pensamiento co-extensivo de la palabra, entonces, también él será constitutivamente intersubjetivo. Si la palabra cumple el pensamiento, también el pensamiento será para-los-demás.

---

sentido. Así que la palabra sería simplemente un fenómeno físico que encerraría, dentro de sí, el real sentido, que es el pensamiento. Diciendo que la palabra posee un sentido propio y que ella no es un complemento opcional del pensamiento o, peor, de la consciencia, Merleau-Ponty quiere superar tal convergente dicotomía. Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pgg. 244-247.

<sup>167</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 249.

<sup>168</sup> El texto italiano presenta una traducción que nos parece interesante: "Un pensiero che si appagasse di esistere per sé, fuori delle difficoltà della parola e della comunicazione, cadrebbe, non appena apparso, nell'incoscienza, come dire che non esisterebbe nemmeno per sé. Noi diamo il nostro pensiero tramite la parola interiore o esteriore. (...) La denominazione degli oggetti non viene dopo il riconoscimento, ma è il riconoscimento stesso. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 248).

Así que la identidad misma, a través del reconocimiento desplegado en el proceso de la denominación, será una identidad necesariamente (lingüística) narrativa.<sup>169</sup>

La palabra sería, en tal sentido, también medida de la memoria. La historia (¿quizás también el recuerdo?) posee un carácter narrativo que le permite transmitirse a través del tiempo y de las generaciones.

Es, pues, la palabra (y el sentido que ella constituye) que sobrevive al tiempo: por, ende, es también la palabra a construir nuestro pasado, nuestra historia, nuestra identidad. Sin embargo, no se trata de una identidad abstracta.

A tal propósito:

El papel del cuerpo en la memoria no se comprende sino en el caso de que la memoria sea, no la conciencia constituyente del pasado, sino un esfuerzo por reabrir el tiempo a partir de las implicaciones del presente, y si el cuerpo, siendo nuestro medio permanente de 'tomar actitudes' y de fabricarnos de este modo pseudopresentes, es el medio de nuestra comunicación lo mismo con el tiempo que con el espacio. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 198-199).

El cuerpo se pone, pues, como voz del tiempo y del espacio que nos constituyen. El cuerpo, en cuanto "espacio expresivo" es voz.<sup>170</sup>

---

<sup>169</sup> Como hemos visto, adscribir a un interlocutor el pronombre "tú" quiere decir no sólo reconocerlo en cuanto sujeto hablante y respondente, sino también reconocer, en la comunicación, a mi "yo". Adscripción y reconocimiento se encuentran en una irreductible relación.

<sup>170</sup> En tal sentido, a partir de este planteamiento, filosóficamente más "fuerte", creemos que va interpretado el discurso que A. W. Frank presenta en su libro *The wounded storyteller* (A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995). Él escribe: "The story was told through a wounded body. The stories that ill people tell come out of their bodies. The body sets in motion the need for new stories when its disease disrupts the old stories. The body whether still



El cuerpo no es, pues, un simple medio: es voz que cumple el pensamiento, es decir, que existe en la intersubjetividad y que la despliega en cuanto situación y ocasión fundante.<sup>171</sup>

### 6.3. La alteridad en y del relato

El ser humano no se distingue de los demás seres vivientes por el hecho de tener o expresar sus sentimientos o situaciones mentales o proyectos o pensamientos. Sino porque tal expresión es necesaria para interpretar, estructurar y nombrar tales sentimientos, pensamientos, etc...<sup>172</sup> Aún más, tal expresión ya es, en sí, interpretación. Es decir, el ser humano, no puede tener sentimientos, pensamientos, etc...sin interpretarlos. Sentir,

---

diseased or recovered, is simultaneously cause, topic, and instrument of whatever new stories are told. (...) The *personal* issue of telling stories about illness is to give voice to the body, so that the changed body can become once again familiar in these stories." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 2. Nos enfrentaremos a este discurso en el próximo capítulo.

<sup>171</sup> Merleau-Ponty dice: "Lo que da testimonio de su inherencia [de la palabra] en el cuerpo es el hecho de que las afecciones del lenguaje no pueden ser reducidas a unidad y que el trastorno primario afecta tanto el cuerpo de la palabra, el instrumento material de la expresión verbal- ya la fisonomía de la palabra, la intención (...); ya el sentido inmediato de la palabra, (...), finalmente, la estructura de la experiencia por entero, y no sólo la experiencia lingüística." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 214. Merleau-Ponty cita, a este propósito: "Non appena l'uomo si vale del linguaggio per stabilire una relazione vivente con se stesso o con i suoi simili, il linguaggio non è più uno strumento, un mezzo, ma una manifestazione, una rivelazione dell'essere intimo e del legame psichico che ci unisce al mondo ed ai nostri simili." (Goldstein, *L'analyse de l'apahsie et l'essence du langage-* "Journal de Psychologie", 1933 pg. 46, citado en M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 268). Sin embargo, ¿no es quizás ése el uso absoluto de la palabra?

<sup>172</sup> Charles Taylor empieza el segundo capítulo de su *Human agency and language* (vol. 1, 1985) diciendo: "Human being are self-interpreting animals." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol.1, pg 45. Y sigue: "(...) many of our feelings, emotions, desires, in short much of our experienced motivation, are such that saying properly what they are like involves expressing or making explicit a judgement about the object they bear on." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol.1, pg. 47.

pensar, y existir son modalidades hermenéuticas de su propia identidad en cuanto humana, en cuanto corpórea. La identidad humana es, según C. Taylor y según nosotros, una identidad hermenéutica.

El ser humano es el único ser que interpreta sus propias expresiones, las reconoce y moldea su propia identidad según tales interpretaciones. La interpretación de una expresión no es, de hecho, ajena a las variaciones de la identidad que en tales expresiones se despliega. Al contrario, la identidad es a través de las expresiones. Así que sus interpretaciones se presentan como indicadores de las modulaciones o variaciones de la identidad misma.

Esto porque, como hemos visto, la expresión no mediatiza el pensamiento, como si fuera un vehículo exterior de un proceso trascendental interno a la mente, sino que cumple el pensamiento mismo. Así la identidad, estando constituida por las relaciones existentes entre pensamiento, dimensión simbólico-lingüística, cuerpo, etc..., se cumple gracias a la expresión de sí misma. La hermenéutica se revela no sólo el modo, la vía de acceso al problema de la identidad, como quería Ricoeur, sino que se vuelve molde de la identidad.<sup>173</sup>

Esto quiere decir, en primer lugar que, como decía Merleau-Ponty, nada en el ser humano es absolutamente natural, sino que todo está "construido" (culturalmente, históricamente, socialmente, psicológicamente, etc...).<sup>174</sup>

---

<sup>173</sup> Taylor dice, de hecho: "Much of our motivation-our desires, aspirations, evaluation- is not simply given. We give it a formulation in words or images. Indeed, by the fact that we are linguistic animals our desires and aspirations cannot but be articulated in one way or another. Thus we are not simply moved by psychic forces (...) but rather by psychic "forces" which are articulated or interpreted in a certain way." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg 36.

<sup>174</sup> Merleau-Ponty dice: "El hombre es una idea histórica y no una especie natural. En otras palabras, no hay en la existencia humana ninguna posesión incondicionada y, sin embargo, tampoco ningún atributo fortuito." A pesar de que nada sea "casual". M.

Merleau-Ponty dice:

Es imposible superponer en el hombre una primera capa de comportamientos que se llamarían 'naturales' y un mundo cultural o espiritual fabricado. En el hombre todo es fabricado y todo es natural. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 208).

El ser humano se presenta, pues, no sólo como necesariamente contingente en su constitución, sino que su identidad misma es de naturaleza ambigua.<sup>175</sup>

Tal naturaleza varía, no sólo a causa de las experiencias que vive o que le acontecen, sino también gracias a las interpretaciones que vienen dadas a las experiencias. En sentido más estricto, una experiencia es distinta de un acontecimiento: mientras que este último es simplemente un mero hecho, la experiencia viene así llamada en cuanto ya estructurada narrativamente.

Ya tuvimos ocasión de subrayar y evidenciar el carácter eminentemente narrativo de la experiencia humana. Es preciso ahora

---

Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 187. En este contexto palabras como "contingencia" y "necesidad" poseen otras connotaciones semánticas.

<sup>175</sup> Esto se puede ver, justamente, a través de la expresión de la palabra. Ricoeur, en *Finitud y culpabilidad* y Merleau-Ponty en la *Fenomenología de la percepción*, dibujan la palabra en cuanto transgresión: el primero en cuanto superación de la finitud humana misma; el segundo en cuanto exceso de la existencia sobre el ser natural (cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 269). Así Merleau-Ponty dice: "(...) el análisis de la palabra y de la expresión nos hacen reconocer la naturaleza enigmática del cuerpo propio. No es un conjunto de partículas en que cada una se quedaría encerrada en sí, ni tampoco un entrelazamiento de procesos definidos de una vez por todas- no es donde está, no es lo que es-, puesto que lo vemos segregarse en sí mismo un 'sentido' que no le viene de algún lugar, proyectarlo sobre su contorno material y comunicarlo a los otros sujetos encarnados." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 217.

poner de relieve el hecho de que tales interpretaciones son tan importantes, en el horizonte de la existencia humana, como para delinear justamente el perfil de la experiencia humana misma, conferirle sentido, y hasta dibujar nuevos contextos de acción. En pocas palabras, la ética narrativa moldea nuestras vidas: los cuentos, la literatura, las tradiciones orales y escritas, construyen nuestras identidades de individuos y de poblaciones. Lo que llamamos comúnmente “cultura” es, al fin y al cabo, un almacén de palabras (de lenguajes, en sentido más amplio) con el que nos identificamos y, en ello, individuamos nuestra peculiar identidad.<sup>176</sup> Es decir, nosotros reconocemos en la alteridad de tales cuentos, nuestra propia identidad.

Analícemos mejor esta argumentación partiendo de la estructura narrativa de la experiencia.

Palabra y experiencia, como hemos visto en el capítulo I, están estrictamente relacionadas: la palabra, la vocalización de la expresión, la comunicación y la realización (atención: no representación) de los pensamientos en el lenguaje es lo que vuelve tal experiencia *humana*. Dicho de otro modo, interpretar la experiencia es lo que otorga sentido a los acontecimientos, y es este sentido, necesariamente intersubjetivo, que estructura los acontecimientos en cuanto experiencia. El sentido *per se* es intersubjetivo.

Sin la intersubjetividad de la hermenéutica, la experiencia se quedaría un núcleo de sensaciones brutas, incomprensibles e incommunicables.<sup>177</sup>

---

<sup>176</sup> J. Mosterín, en su libro, *Filosofía de la cultura*, define así la palabra “cultura”: “La cultura es la información que se transmite entre cerebros, es decir, la información transmitida por aprendizaje social.” J. Mosterín, *Filosofía de la cultura*, Alianza Universidad, Madrid, 1993, pg. 16.

<sup>177</sup> En C. Taylor se lee: “(...) articulations are attempts to formulate what is initially inchoate, or confused, or badly formulated. But this kind of formation or reformulation does not leave its object unchanged. To give a certain articulation is to shape our sense of what we desire or what we hold important in a certain way.” C. Taylor, *Human*

Dicho en una palabra: inútiles, en cuanto no constituirían siquiera material o base para el conocimiento, siendo el conocimiento, por definición y en esencia, intersubjetivo y comunicable.<sup>178</sup>

La auto-interpretación es, según Taylor, una suerte de auto-descripción.<sup>179</sup>

En la auto-interpretación dejamos relucir nosotros mismos, nos autodescribimos y, en un cierto sentido, nos autodescubrimos. En la

---

*agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 36. En tal sentido, se podría considerar la experiencia humana definiéndola así como Alasdair MacIntyre había definido la existencia humana: unos *enacted narratives*. En realidad, hay mucha dificultad en separar el concepto de vida humana, compuesta por acciones, intenciones, etc...y la noción de experiencia, sin que por eso los dos conceptos puedan ser tomados como sinónimos en sentido absoluto.

<sup>178</sup> C. Taylor dice: "We can say that our self-interpretations are partly constitutive of our experience. For an altered description of our motivation can be inseparable from a change in this motivation. (...) It is not to say that we alter our descriptions and then as a result our experience of our predicament alters. Rather it is certain modes of experience are not possible without certain self-description." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 37.

<sup>179</sup>A tal propósito, quisiéramos invocar también la autoridad de A. MacIntyre. Él escribe: "We identify a particular action only by invoking two kinds of context, implicitly if not explicitly. We place the

agent's intentions in causal and temporal order with reference to their role in his or her history; and we also place them with reference to their role in the history of the setting or settings to which they belong. In doing this, (...) we ourselves write a further part of these histories. Narrative history of a certain kind turns out to be the basic and essential genre for the characterization of human actions." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 208. Esto quiere decir, básicamente, que al interpretar las intenciones de un agente, sea en sentido causal sea en el sentido temporal, nosotros mismos que relatamos, a nuestra vez, escribimos otra historia. Esto significa que, en realidad, la experiencia humana no existe si no interpretada en una descripción lingüística. Las experiencias de las que no podemos hablar, por ejemplo las experiencias místicas, de hecho, se quedan en el reino de la incomunicable privacidad. La narratividad caracteriza las acciones en cuanto humanas, así como otorga un sentido de historia a la experiencia. Es el contar que transforma la experiencia en historia personal. MacIntyre sigue diciendo: "To identify an occurrence as an action is in the paradigmatic instances to identify it under a type of description which enables us to see that occurrence as flowing intelligibly from a human agent's intentions, motives, passions and purposes. It is therefore to understand an action as something for which someone is accountable, about which it is always appropriate to ask the agent for an intelligible account. When an occurrence is apparently the intended action of a human agent, but nonetheless we cannot so identify it, we are both intellectually and practically baffled." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 209.

narratividad logramos, de vez en cuando, otorgar un nuevo sentido al pasado; creamos, entonces, nuevos perfiles de nosotros mismos, es decir, creamos nuevas identidades en las que, de todas formas, nos identificamos. Diferentes interpretaciones de nuestra identidad, dibujan y realizan distintas y efectivas reales identidades. Asimismo acontece por la experiencia: dar forma narrativa a una experiencia es interpretarla, cristalizarla en un particular sentido, dibujarla con determinados significados. Cambiar tal interpretación (en la distancia emocional o temporal) quiere decir cambiar el sentido de la experiencia entera, que deja de ser lo que *fue* para mí, para ser ahora lo que para mí es.

Así nos percatamos de que, no sólo la experiencia posee una estructura narrativa fundamental y fundante, sino que, más radicalmente, la ontología misma de la experiencia humana es narrativa. La hermenéutica se vuelve así vía de acceso y de reconocimiento de la humanidad del hombre.

Es decir, la interpretación funda la constitución ontológica de la experiencia. La ontología experiencial es principalmente lingüística.<sup>180</sup>

---

<sup>180</sup> Así que, no importa cuál haya sido el acontecimiento real que constituye la experiencia que estoy relatando. Es imposible individuar además, cuál haya sido el sentido de una experiencia a partir de una verífica empírica. Una cosa es, de hecho, reconstruir físicamente un acontecimiento, otra cosa es darle un valor en cuanto evento, en cuanto experiencia. No existe, por lo que podemos saber, una epistemología de los valores. Y la empresa sería desesperadamente imposible. Si yo relato una experiencia, diciendo que para mí fue trágica, es indiferente que *en la realidad* mundanal lo haya sido o no. Yo la habré vivido en cuanto tragedia y para mí y en mi relato ella será así. En la distanciación temporal, a la que corresponde, generalmente, una distanciación emocional, yo podré volver a relatar tal pasada experiencia y podría ahora considerarla (léase: interpretarla) como una historia ridícula. Ya no importa, pues, lo que ésa fue para mí entonces: ahora yo interpreto esa experiencia como ridícula, por lo tanto es ridícula.

Merleau-Ponty dice: "(...) aunque mi presente concentre en sí mismo el tiempo transcurrido y el tiempo por venir, no los posee sino en intención y si, por ejemplo, la conciencia que tengo ahora de mi pasado me parece recubrir exactamente lo que fue, este pasado que pretendo recoger en sí mismo no es el pasado en persona, es mi

Sin embargo, esto no quiere decir que la constitución de una identidad descansa, últimamente, sobre el arbitrio de una hermenéutica subjetivista. El sentido de una experiencia y la constitución de una identidad nunca son elementos solipsistas. Muy al contrario, los significados atribuidos a una experiencia y la identidad misma de un sujeto, son eminentemente holísticos. Resultan, pues, insertados en una más amplia red de significados (culturales) constituidos, comprendidos y compartidos por la comunidad dentro de la cual ya se encuentra el individuo.<sup>181</sup>

Es más, yo no sería capaz de atribuir significado a una experiencia si ya no existieran esos significados comunitarios a constituirme.<sup>182</sup>

El lenguaje realiza los significados. Así que, diríamos nosotros, si no existiesen sujetos a actualizar los significados dentro del lenguaje, no existirían siquiera las palabras. No se trata, pues, de rechazar aquí toda visión ontológica objetiva, para refugiarse en un subjetivismo semántico o, peor, en el relativismo lingüístico y, por ende, ontológico-metafísico.

Se trata, más bien, de reconocer que, dentro de la estructura de la existencia humana, existen múltiples niveles que constituyen nuestra

---

pasado tal como lo veo ahora y quizás lo he alterado. De igual modo, en el advenir, desconoceré quizá el presente en que vivo." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 75-76.

<sup>181</sup> Merleau-Ponty dice: "Las significaciones disponibles, esto es, los actos de expresión anteriores, instauran entre los sujetos que hablan un mundo común al cual se refiere la palabra actual y nueva como el gesto se refiere al mundo sensible." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 205.

<sup>182</sup> C. Taylor, para explicar eso, usa el caso de la palabra "shameful", vergüenza, término que, no obstante tenga una definición precisa, posee variables semánticas atribuidas y marcadas exclusivamente por la comunidad en la que viene utilizado. Taylor dice: "(...) the point is that the term 'shameful' has no sense out of a world in which there is a subject for whom things have certain (emotional) meanings. For the (linguistic) meaning of 'shameful' can only be explicated with reference to a subject for whom those (emotional) meanings have weight, and if there were no such subjects, the term itself would lack sense." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 53. Diríamos, más bien, que si faltaran los sujetos y los significados sociales, la palabra simplemente no existiría.

identidad: niveles históricos y tradicionales por los cuales recibimos nuestro perfil cultural, nuestro sistema de pensamiento; niveles morales con los cuales legitimamos o no tales organismos histórico-culturales; niveles racionales que nos ayudan a discernir entre los dos, orientando nuestro deliberar, actuar y cambiar el mundo. Se trata también de reconocer la estructura y la valencia lingüística que todos estos estratos despliegan.

La interpretación de los sentimientos, de la existencia, resulta ser, entonces, irreductible. Es la base para nuestra orientación en el mundo.<sup>183</sup> El lenguaje mismo es, por lo tanto, lo que constituye nuestro ambiente y lo que nos permite movernos dentro de él.<sup>184</sup>

La hermenéutica se presenta, ahora, no sólo como vía de acceso a la identidad humana, sino, más originariamente, como vía de atribución y reconocimiento de los valores y de nosotros mismos.

Relatando e interpretando, el sujeto cumple evaluaciones: atribuye valores a los significados que en el relato se desprenden; reconoce tales significados, y/o individúa (fundándolos) significados nuevos.

La hermenéutica se pone así como eje relacional entre el sujeto y la comunidad o sociedad en la que habita. Es decir, se presenta como "relacionalidad" interpretativa y crítica de los valores subjetivos y

---

<sup>183</sup> Así remontamos al problema de la hermenéutica. Taylor dice: "Human life is never without interpreted feeling; the interpretation is constitutive of the feeling. (...) Hence we can see that our feelings incorporate a certain articulation of our situation, that is, they presuppose that we characterize our situation in certain terms. But at the same time they admit of (...) further articulation, the elaborating of finer terms permitting more penetrating characterization. And this further articulation can in turn transform the feelings." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pgg. 63-64.

<sup>184</sup> Merleau-Ponty dice: "La predominancia de las vocales en una lengua, de las consonantes en otra, los sistemas de construcción y de sintáxis, no representarían otras tantas convenciones arbitrarias hechas para expresar el mismo pensamiento, sino las múltiples maneras que tiene el cuerpo humano de celebrar el mundo, y al fin y al cabo de vivirlo." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 206.



comunitarios; punto de encuentro, no necesariamente pacífico, entre la dimensión privada y pública, individual y colectiva, personal y comunitaria.

Esto quiere decir, también, que tal “relacionalidad” es eminentemente lingüística. Las relaciones entre el sujeto y sí mismo, entre el yo y la comunidad son, ontológicamente, narrativas.

La interpretación se vuelve así puente entre la existencia personal particular y la existencia personal comunitaria: interpretar es una manera de buscar un lugar en este mundo de los demás y de los objetos; es una manera de estructurar nuestra propia identidad y la de nuestro contexto; interpretar es también una manera de desenmascarar los conflictos y mediarlos. Interpretar, lo recordamos, es un método para llevar a la superficie los significados ocultos en un texto, de acuerdo con su contexto.<sup>185</sup>

En pocas palabras, la narración de mis actos, de mi experiencia existencial actualiza, en mi relato, aquellos significados cristalizados en mi mundo, que lo estructuran de manera que yo pueda moverme en ello, actúe, padezca, etc...

La narratividad crea, pues, significados vivos, nuevos, que lentamente cambian el perfil de mi mundo, sin por eso salir de sus confines y límites. La narratividad es límite de mi mundo y, por ende, de mi identidad.<sup>186</sup>

---

<sup>185</sup> Siempre Taylor dice que para llevar a cabo un proceso hermenéutico, “We need, first, an object or field of objects, about which we can speak in terms of coherence or its absence, of making sense or nonsense. Second, we need to be able to make a distinction, even if only a relative one, between the sense or coherence made, and its embodiment in a particular field of carriers or signifiers.” C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 2, pg. 15.

<sup>186</sup> Ni siquiera la imaginación logra ser ajena a la expresión, al lenguaje. Ni siquiera la imaginación puede desconocer o ignorar aquellos mismos significados que constituyen el mundo real circundante en el que se desarrolla. Merleau-Ponty, muy sugestivamente, dice: “(...) la mia facoltà di immaginare non è se non il persistere del mio mondo attorno a me.” M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pg. 252. Imaginar un mundo completamente distinto del mío

La distanciaci3n que constituye el mismo intercambio lingüístico-comunicativo (el producir, el emitir una palabra que sale de mí para dirigirse hacia tí), la que vive el escritor al acabar una obra y al separarse de ella, encarna la alteridad narrativa que fundamenta y funda mi propia identidad. En ella yo no me reflejo ni me identifico, sino que en ella yo soy, y yo soy ella.

La alteridad del relato (también del de mí mismo) es mi identidad, la cumple, la realiza, la deja ser, le permite existir. En ella confluyen todas las difíciles relaciones entre el cuerpo, el tiempo, el espacio, la memoria, la historia, la racionalidad, el sentimiento, la moral, etc...que construyen mi perfil.

Y, en la alteridad del relato, confluye también la alteridad de la comunidad en la que el yo está insertado. Así, mi identidad se autodescubre en cuanto alteridad, y alteridad narrativa personal y colectiva.

Mi identidad desemboca y se realiza en la narratividad. Mi identidad es, pues, una alteridad narrativa viva.

## **§ 7. *Homo hermeneuticus*: plano ético-narrativo**

Tras haber planteado los problemas de las teorías de la referencia identificante y la teoría de la referencia-a-sí, y tras haber analizado como tal planteamiento desemboca, naturalmente diríamos, en la cuesti3n del cuerpo propio y de la “relacionalidad” de la persona con

---

no es salir de ello. Quiere decir seguir reconociendo sus características estructurales, y atestarlas aunque en el deseo o en la ilusi3n de cambiarlas. La utopía misma no es otra cosa que dibujar una realidad imposible de realizar y completamente otra, pero siempre basada en el análisis de una realidad concreta y real y sin salir de la dimensi3n lingüística que la caracteriza y funda.

la alteridad de la identidad narrativa, intentemos ahora analizar cuáles son las implicaciones ético-narrativas de tal argumentación.

Hemos decidido y elegido concentrar nuestra atención, justamente, sobre tales implicaciones, porque creemos que la identidad narrativa es una instancia básica y fundamental en el intento de dibujar el perfil de la persona humana.

Así que este apartado se presenta como reflexión conclusiva sobre nuestro marco teórico. Hasta ahora, de hecho, hemos intentado reconstruir un entorno teórico dentro del cual encuadrar nuestro tema de investigación: la ética narrativa en cuanto nueva actitud aplicable dentro de la relación médico-paciente. Hemos esbozado el contexto filosófico y cultural dentro del cual creemos que tal actitud pueda ser verificada, probada y analizada. Ahora bien, introduciremos un concepto original que hemos denominado *holismo narrativo* para tratar de individuar cuáles son las relaciones que la persona humana establece con el entorno social, y en qué medida tal entorno es esencial para la identidad (narrativa) de cada uno de nosotros. El concepto de *holismo*, sin embargo, no debe ser confundido con el de estructuralismo. No queremos, de hecho, con tal noción afirmar que la persona pueda venir reducida a un conjunto de relaciones en las que encuentre su solución o su falta de definición, ni que la persona es una instancia relacional-lingüística. Nada más lejos de nuestras intenciones. La persona no es un fantasma compuesto por las mismas estructuras que ella habita: si tales estructuras existen, de hecho, es porque originariamente existe la persona que puede construirlas, reconocerlas y otorgarles sentido. Muy al contrario, lo que la noción de holismo quiere subrayar es el hecho de que la identidad personal es eminente y necesariamente relacional; que la historia personal de uno está en una

ineluctable e irreductible relación con la de los demás; que la “relacionalidad” humana es pre-originaria cuanto lo es el cuerpo propio; y que las estructuras más íntimas de nuestro ser son, constitutivamente, disponibilidad y apertura al mundo de la alteridad.

### 7.1. El “holismo narrativo”

Con la fórmula *holismo narrativo* queremos indicar lo que en alemán ha sido denominado *Zusammenhang des Lebens*, es decir, la conexión de vidas existente entre el sujeto y la sociedad o comunidad (familiar y no sólo) a la cual tal sujeto pertenece, por nacimiento, origen o cualquier otro tipo de relación de proveniencia.

Sin embargo, tal fórmula viene a asumir aquí una connotación distinta. Con la palabra *holismo*, se quiere aquí subrayar la pertenencia de la identidad narrativa, porque de ésta estamos hablando, a una necesaria red social de significados. La sociedad o, mejor dicho, la pertenencia a un particular grupo o comunidad humana, es lo que otorgaría una semántica específica a la comunicación interhumana misma. En pocas palabras: la identidad narrativa que constituye nuestra identidad personal, no es una identidad solitaria y solipsista, sino que nace y se forma necesariamente dentro de relaciones que son constitutivas por su estructura, que moldean su personalidad, hasta llegar al punto de que tales modelos forman también su manera de sentir las emociones, las sensaciones, el dolor, etc...Tales estructuras forman la identidad, de una manera no determinista, pero sí caracterizante.

La pertenencia a una sociedad forja, entonces, no solo el pensamiento, sino también la manera de concebir la vida en general: esto no por una

suerte de mágica influencia de origen y matriz sociológica o psicológica, sino y simplemente porque la sociedad estructura el lenguaje con el cual el sujeto comunica, se mueve y crea la realidad del mundo circundante. Dicho de otra manera, el uso semántico del lenguaje estructura la experiencia misma del ser humano y del mundo en el que se encuentra ya insertado. Esto quiere decir no sólo que la experiencia posee una estructura narrativa, como hemos anteriormente visto, sino que es el lenguaje que moldea tal experiencia y la hace humana. La experiencia no es, entonces, simplemente un núcleo indeterminado de sollicitaciones nerviosas recibidas a través de nuestros sentidos y sintetizadas gracias a nuestra capacidad cerebral, sino una elaboración (interpretación) de significados exquisitamente humanos. Y es el lenguaje el que otorga valor a las cosas. Es la semántica de las palabras que logra estructurar jerarquías valorativas en el mundo, crear hitos culturales, históricos, y describirlos señalando los mismos cambios en ellos. Es más, es el lenguaje que logra cambiar el mundo. Cada cambio lingüístico es síntoma de un cambio semántico, es decir, de valor. Esto lo decía el mismo de Saussure, no es nada nuevo. Sin embargo, tal razonamiento posee consecuencias que aquí queremos analizar más en profundidad.

Hemos intentado sugerir la idea de que la identidad personal se encuentra a desarrollarse, pues, en un mundo ya constituido y construido por tales significados. Ésos son, de hecho, absolutamente intersubjetivos, y vienen comunicados a través de la elaboración de historias y de cuentos, hasta que se vuelven normales costumbres de vida, *forma mentis* y *vivendi* o se transforman en lo que comúnmente llamamos cultura. La cultura no es, pues, otra cosa que una construcción inherente a nuestra identidad, de manera tan

fundamental, que ella construye también nuestro modo de relacionarnos con el mundo de las cosas y de los demás.

En realidad, la identidad personal no es nada más que una construcción. Nada es natural en ella que no haya sido re-elaborado por un proceso histórico-cultural de asignación de significados.

Así Merleau-Ponty distingue entre dos tipos de palabras: respectivamente la *palabra hablante* y la *palabra hablada*. Preferiríamos decir que una es una palabra *diciente* y la otra es simplemente *dicha*.

La palabra *diciente* es la que hace surgir, emerger, nacer, inaugurándolo, el sentido; en ella se asoma la vigorosidad del significado puro que expresa la potencia de la comunicación, del decir mismo.

Merleau-Ponty dice:

En este caso la existencia se polariza en 'determinado sentido' que no puede ser definido por ningún objeto natural, sino que busca recogerse más allá y, por ello, crea la palabra como apoyo empírico de su propio no-ser. La palabra es el exceso de nuestra existencia sobre el ser natural. Pero el acto de expresión constituye un mundo lingüístico y un mundo cultural, hace recaer en el ser lo que tendía a un más allá. De ahí que la palabra hablada disponga de significaciones como de una fortuna adquirida. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 216-217).

Así que la precipitación y la cristalización del sentido puro dentro de una forma lingüística, denominada palabra, es lo que transforma la palabra *diciente* en palabra *dicha*. A la palabra *dicha* pertenece, pues, la tarea de construir el mundo lingüístico y el mundo cultural en los cuales el sujeto nace. Tal mundo no es una idea abstracta, sino que es

justamente el mundo que nos rodea, el mundo constituido por nuestro mismo cuerpo, es nuestra estructura más íntima.

Sin embargo, se podría objetar que, a este punto, deberíamos remontar a un tipo de lenguaje más primordial respecto al nuestro, hecho de fonemas, campos semánticos y significados, de *Sinn* y *Bedeutung*. Deberíamos buscar, entonces, un lenguaje que sea más antiguo. Pues bien: remontar a tal tipo de lenguaje quiere decir encontrarse con los gestos, así denominados, "naturales". Naturalidad quiere aquí decir, en nuestra opinión, primitivo, casi que lo más primitivo deba ser necesariamente un espejo más sincero de la naturaleza humana, o por lo menos, más originario. El lenguaje gestual sería, entonces, un esbozo de lenguaje emocional primordial, natural, ingenuo y directo.<sup>187</sup> Esto querría decir que el lenguaje verbal, sería una suerte de fenómeno no sólo posterior (porque sí, lo es) sino que más artificioso y, por ende, añadido *a posteriori* a la naturaleza del ser humano en cuanto ser natural.

Sin embargo, nos hace notar Merleau-Ponty, no necesariamente es así:

Sólo se podría hablar de 'signos naturales' si, a 'estado de conciencia' dados, la organización anatómica de nuestro cuerpo hiciera corresponder gestos definidos. Ahora bien, de hecho, la mímica de la cólera o del amor no es la misma en un japonés y en un occidental. Más exactamente, la diferencia de mímicas encubre una diferencia entre las emociones mismas. No sólo el gesto es contingente en relación con el organismo corporal, también lo es la manera misma de acoger la situación y de vivirla. (M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 207).

---

<sup>187</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 207.

Allí se dice: "Será menester, pues, buscar los primeros esbozos del lenguaje en la gesticulación emocional, mediante la cual el hombre superpone al mundo dado el mundo a tenor del hombre."

Si realmente existiera, en la constitución del ser humano, un estrato absolutamente natural y más originario, se supondría que éste fuera antropológicamente universal. Se supondría, en pocas palabras, la existencia de una suerte de gramática universal, a la Chomskij, de la gestualidad y de las respuestas a los estímulos externos. Sin embargo, creemos que es empíricamente evidente que no es así.

¿Acaso esto quiere decir que el ser humano no es natural y que es completamente artificial? No, en absoluto. Esto quiere decir, creemos, que el ser humano, la identidad humana es una identidad compleja en la que conviven estratos constitutivos de naturalidad y de cultura. Tales estratos son tan originarios en los hombres que ya es imposible separarlos: la división entre mundo puramente animal y mundo humano es, justamente, esta imprescindible unidad entre tales dimensiones.<sup>188</sup>

La identidad de la persona humana no es condicionada de manera ineluctable por una estructura fija. El holismo del que aquí queremos presentar nada tiene que ver con el estructuralismo ruso y francés.

No se quiere aquí negar la libertad humana. Lo que se quiere, más bien, subrayar es el hecho de que el ser humano es un ser exquisitamente interpretativo, es un *homo hermeneuticus*. Y ésto sí, es originario del hombre y lo distingue de los seres vivientes no humanos. No se trata, pues, de reducir tampoco el todo a una dimensión interpretativa absolutamente cristalizada en un solispismo semántico, en la soledad de significados encerrados dentro de muros culturales comunicables. Todo lo contrario: creemos que la palabra *holismo* subraya, justamente, la “relacionalidad” necesaria en la que se viene a constituir y a construir

---

<sup>188</sup> Nos parece muy fuerte la afirmación de Merleau-Ponty según la cual todo en el hombre es institución: “Los sentimientos y las conductas pasionales se inventan como las palabras. Inclusive aquellos que, como la paternidad, parecen inscritos en el cuerpo humano, son en realidad instituciones.” M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 208.



la identidad; una identidad que no puede ser solipsista; una identidad que necesita vivir dentro de una sociedad y dentro de significados compartidos para moldear su propia estructura y para su propia supervivencia. La expresión *holismo* quiere poner en evidencia la "relacionalidad" misma de la existencia humana. En tal óptica no viene absolutamente negada la libertad humana y la capacidad de cada cual de ponerse frente a tales estructuras sociales o significativas de manera crítica y de crear y elegir otras formas expresivas de la propia identidad. La identidad, lo recordamos, es algo que se construye en el tiempo, no es algo dado desde el nacimiento, algo sometido a las fuerzas otras de un determinismo exterior, fatal o trascendente. La persona humana no sólo es relacional, sino que es dinámica.<sup>189</sup>

En tal sentido, las interpretaciones que nosotros damos a la sociedad y a sus significados, constituyen, desde luego, las elecciones de conductas que nosotros mismos adoptaremos. Hablar es interpretar, e interpretar es elegir un camino más bien que otro. Hablando un lenguaje común, dentro de nuestra sociedad, de nuestra comunidad lingüística, compartimos una visión del mundo, una manera de actuar y de juzgar las acciones, de llevar a cabo evaluaciones en el sentido tayloriano.

Esto resulta aún más evidente si consideramos lo que Ricoeur decía a propósito de la identidad del personaje respecto a la trama: las dos instancias están relacionadas de manera absolutamente constitutiva. En

---

<sup>189</sup> C. Taylor dice: "(...) the conception of man as self-interpreting (...) essentially resists the reduction of experience to a merely subjective view on reality, or an epiphenomenon, or a muddled description. On the contrary, the claim is that our interpretation of ourselves and our experience is constitutive of what we are, and therefore cannot be considered as merely view on reality, separable from reality, nor as an epiphenomenon, which can be by-passed in our understanding of reality." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 47.

un *enacted narrative*, autor, personaje y trama coinciden. Y son una persona humana encarnada.

En tal estructura compleja confluyen, entonces, varios elementos que nos restituyen un cuadro realmente articulado de la constitución de la persona humana. En primer lugar, la identidad de una persona resulta estar necesariamente relacionada con un mundo anterior a ella misma. Tal identidad viene a ser introducida en una dimensión de premisas existenciales que constituyen no sólo su *situación* sino, sobre todo, su *condición*. Tales premisas existenciales serían el marco, en sentido literario, en el cual se encuadra la vida de cada cual. A partir de tal marco, empieza la “autoridad” de cada uno a la hora de escribir su propia historia, es decir, de transformar tal *condición* en *ocasión*.<sup>190</sup>

En segundo lugar, elemento que pertenece, por un lado, a tales premisas y que, por otro, es precedente a éstas, es el factor del tiempo. Aquí tenemos, pues, que distinguir dos usos de la palabra “tiempo”: en una primera acepción, queremos indicar el tiempo en cuanto historia, momento histórico particular, o como viene llamada, época. En el otro sentido nos referimos a la categoría fundamental y trascendental del tiempo en cuanto tal. La identidad se ve doblemente relacionada a tal elemento: por un lado, ella nace en una época histórica, es decir, en un fragmento temporal caracterizado por los rasgos y las peculiaridades de una unidad histórica contextualizada. Cada periodo viene a ser individuado en cuanto unidad orgánica, organizada según hitos que poseen, sí, una continuidad, sin embargo conceden a un periodo sus propias estructuras de pensamiento, de sentimiento, etc...En tal sentido,

---

<sup>190</sup> Queremos señalar que, a tal propósito siempre nos ha resultado interesante hacer un paralelismo con la *Teoría de la justicia* de J. Rawls. Sin embargo, preferiríamos no pronunciarnos sobre tales condiciones existenciales en las que cada uno de nosotros nace.

la historicidad de una vida caracteriza también la identidad del sujeto. Se trata, pues, de cumplir una acción de recontextualización: para entender una identidad, también la nuestra, tenemos que cumplir tal re-posición contextual de los significados pasados. Reconstruir tales significados quiere decir reconstruir el perfil de una identidad pasada, pero no por eso menos auténtica.

Tal acción de reconstrucción es tarea de una hermenéutica de la identidad humana. Nuestra identidad se caracteriza y distingue en cuanto tarea hermenéutica abierta al tiempo. A partir de tal doble "relacionalidad" temporal, la identidad de la persona se despliega en una infinita labor interpretativa. Tal labor se presenta como vía de desciframiento de la identidad misma dentro de la doble dimensión del tiempo en cuanto humano y en cuanto personal-autobiográfico.

Considerando la otra acepción del término tiempo, podemos decir que la identidad, en este caso, no sólo se relaciona con ello, sino que en ello habita y a través de ello actúa, se mueve en el mundo y en el espacio, vive, evalúa, se expresa a través de la acción. El tiempo es también factor narrativo fundamental. La narración de la propia vida se da en el tiempo, cuando ya la vida cierra ciclos narrativos de los cuales, pero, es imposible conocer (vivir) todavía todas las consecuencias. Cualquier punto, dentro de la vida de la persona, puede ser un nuevo inicio narrativo. Esta es una de las consecuencias de las dudas que Ricoeur mismo señalaba en *Sí mismo como otro*, es decir, la incompletud narrativa de la vida humana.<sup>191</sup>

Sin embargo, no creemos necesario deber llegar a una completud narrativa de la vida, justamente en virtud del hecho de que todo punto existencial puede ser usado como inicio narrativo, y toda acción puede

---

<sup>191</sup> Cfr. SCA, 255.

ser tema de un relato autonarrativo (autointerpretativo, parcial, pero siempre portador de valor existencial). La experiencia, en tal sentido, no necesita estar concluida en sí misma, sino que la narración misma, siendo narración de una identidad, es decir, de una instancia que es absolutamente dinámica, será una narración en continua evolución interpretativa. La interpretación, de hecho, es un proceso que nunca puede ser definido, acabado y terminado. La belleza de la hermenéutica es justamente su característica infinitud dinámica. Es por eso, por esa afinidad con la estructura de la persona humana que, creemos, la hermenéutica puede ser un precioso instrumento metodológico para la antropología filosófica.

En tercer lugar, es necesario considerar que la persona humana es un cuerpo. Así que el cuerpo se volverá aquí mismo modalidad expresiva, según lo que hemos anteriormente visto.

El cuarto elemento, muy importante, es el papel desempeñado por la acción dentro de este marco teórico.

La identidad se desprendería, entonces, a partir de una dialéctica constitutiva entre la humanidad del *homo capax* y la del *homo patiens*. En la tensión que se crea entre estas dos instancias, en virtud de la finitud humana, que Ricoeur denomina *labilidad*, el perfil del poder actuar humano, logra una dimensión *patética*, engendrando así el mismo ritmo narrativo de la experiencia humana. Lo interesante de la vida humana está constituido, como hemos visto, por este elemento de transgresión que la palabra y la teleología de la totalidad constituyen dentro del horizonte existencial humano mismo. La humanidad es, pues, el mismo juego dialéctico entre poder y no poder absolutos. En tal dialéctica, así como en tal humanidad, reside la raíz de la libertad. Y tal

libertad es, a final de cuentas, la trama misma de la narratividad del cuento de una vida.

Sin embargo, tal dialéctica se presenta profundamente enraizada en la constitución misma del ser persona. Eso conlleva algunas consecuencias. La primera es que la dialéctica entre poder y no poder (es decir, la libertad), se presenta como esencial para la persona. La libertad es, pues, parte de la fundamentación de una teoría personalista.

En segundo lugar, la libertad se presenta como trascendental respecto a las contingencias ópticas de las existencias particulares. En tal sentido, la libertad resulta ser uno de los derechos inviolables de los seres humanos todos.

La libertad es ahora entendible no sólo como trama de la narratividad, sino también en cuanto lo que desprende la necesidad de comunicar. La libertad humana no es reductible a un hecho de lenguaje, sino que es lo que preside a la comunicatividad misma.

En tercer lugar, tal enfoque nos permite también volver a pensar en la valencia de las palabras *agens* y *patiens*. El actuar sería un ejecutar la libertad en su apriorismo, transformándola en concreta acción que se refleja en la constitución del mundo.

La acción, como hemos visto, constituye la "solución", la salida de la tensión entre finitud perspectivista y teleología de la totalidad de intentos, de realizaciones. La acción (física o mental que sea) es actualización de la libertad.

Sin embargo, el padecer viene también a asumir, en este cuadro, una valencia de condición de posibilidad de tal ejercicio. Sin el padecer existiría simplemente una afirmación originaria que perdería su propia originalidad transformándose en un delirio de omnipotencia. La

necesidad de la afirmación es engendrada por la *refractoriness* de la alteridad del padecer en cuanto padecer (que se opone al actuar puro y delirante). En tal sentido, descubrimos que nuevamente es la “relacionalidad” la raíz y el fundamento del ser persona.<sup>192</sup>

Así que la identidad narrativa, así como el relato de la vida de cada uno, otra cosa no es sino el cuento de una libertad que se expresa mediante su actualización en las acciones; la narratividad posee el carácter de una trama dramática, en la que actuar y padecer son escansiones de tal libertad encarnada que es la persona. Al actuar y al padecer parecen venir asignados significados sociales compartidos que constituyen el entramado moral de la existencia misma, y gracias a la atribución de tales significados, se abre el espacio para la evaluación (personal y comunitaria).

En tal sentido, la moral también parece asumir un carácter absolutamente interrelacional, construido sobre la base de la “relacionalidad” entre persona humana y la alteridad de su tiempo, alteridad de la historia, de los otros, y la de sus acciones.

En tal concepción el padecer es, pues, condición de posibilidad de la libertad humana misma. Padecer y actuar parecen cargarse de valores y de significados que no sólo responden a una definición semántica personal, sino que también reflejan el universo mismo de una semántica social. Padecer y actuar se revelan, pues, en cuanto hitos de una concepción de la ética en cuanto dinámica y abierta a la “relacionalidad” del lenguaje histórico mediante el cual se expresa.

---

<sup>192</sup> Creemos que es mejor especificar que padecer y actuar son aquí elementos trascendentales dentro un contexto de antropología filosófica. No nos referimos, pues, al sufrimiento físico o moral de personas concretas, sino al hecho de que, mediante tales categorías, queremos describir una situación absolutamente abstracta, un modelo antropológico. En tal sentido, actuar y padecer son dos caras de la misma medalla, dos modalidades de la misma realidad, es decir, dos instancias humanas que pertenecen a su esencia y a su constitución.

Padecer y actuar son elementos fundantes y temas imprescindibles de tal ética que ahora se presenta caracterizada por su inter-“relacionalidad” lingüística, dentro de un determinado contexto social.

El *holismo narrativo* se vuelve así, no sólo la red interpretativa dentro de la cual tenemos que re-contextualizar los relatos de una vida para entenderlos; no sólo la fuente relacional de donde provienen los significados que constituyen nuestra manera de estructurar lingüísticamente, sentimentalmente y racionalmente nuestras vidas, sino también una fuente relacional en la cual situar y descifrar el sentido de las acciones de lo que viene padecido y la estructura de una ética inter-personal.

El *holismo narrativo* nos ofrece, pues, los mismos instrumentos interpretativos que nos sirven para individuar, dentro de nuestra sociedad, los significados que más nos caracterizan: nuestras concepciones de la vida y de la muerte, es decir, nuestros comienzos y nuestras conclusiones narrativas existenciales.

## 7.2. Referencia-a-sí y reconocimiento de la persona

Ahora bien, intentemos ahora poner en relación los elementos que hemos presentado en este capítulo. En primer lugar, nos percatamos de que el problema de la referencia y de la individuación del sujeto lógico y lingüístico no puede venir separado de la cuestión del cuerpo y de una identidad compleja que se presenta con el pronombre “yo”. El problema de la referencia viene a relacionarse, pues, con la cuestión por un sentido de propiedad del todo peculiar: en tal “relacionalidad” yace la profunda e íntima concepción de una identidad insustituible,

irremplazable que es la de cada uno de nosotros. Sin embargo, tal identidad no se presenta como una identidad abstracta, como una consciencia o como un *cogito* cartesiano. La identidad, que aquí llamamos humana, es una identidad encarnada cuya encarnación es condición de posibilidad de una existencia relacional.

Hemos visto que el cuerpo propio, la carne viva, están en una relación muy peculiar con el tiempo y con el espacio: tal relación no se presenta como un pertenecer en esencia, sino como una pertenencia activa. La pasividad del cuerpo, que Ricoeur había planteado en cuanto alteridad, se transforma ahora en actividad. La alteridad del tiempo y del espacio se transforman en hogar de la actividad y de la existencia humana misma que, a través de tal actividad, logra su más alta expresión. La relación entre cuerpo y categorías espacio-temporales se presenta, pues, constitutiva y pre-originaria con respecto a la existencia humana, así como pre-originario y pre-intencional es el cuerpo propio: al nacer, la existencia es corpórea, estructurada y situada dentro de un ineluctable entramado espacio-temporal. Sin embargo, tales coordenadas no sirven al cuerpo sólo como orientación en el mundo de las cosas y de los demás, sino que se revelan en cuanto condiciones y situaciones aptas para el desplegarse de la actividad humana misma. La acción "usa", habita el espacio y el tiempo, transformando la pasividad de su alteridad en actividad. El espacio y el tiempo, en tal sentido, se vuelven también categorías pertenecientes a la dimensión del padecer, en cuanto otra cara de la actividad humana. La finitud humana se revela aquí como finitud absolutamente espacio-temporal. Y las acciones mismas encuentran, en tal límite, las limitaciones de su proyección y potencia.



En particular, el tiempo, que es también tiempo de la memoria, se constituye como el espacio expresivo por excelencia del cuerpo propio. La estructura narrativa, es decir, narrativamente temporal de la experiencia es expresada por la intersubjetividad no sólo del lenguaje, sino del cuerpo en sí mismo. El cuerpo habla, expresa y manifiesta la historia que lleva. El cuerpo se presenta así como voz de la historia. Voz y cuerpo parecen ser, pues, sinónimos de la necesidad, peculiarmente humana, de expresar no sólo pensamientos y sentimientos, sino sobre todo la propia historia. En la reconstrucción del relato de la propia vida se transmite una herencia dedicada a la memoria. La memoria es así almacén y taller de las historias que construyen nuestra propia identidad, la identidad de nuestro propio cuerpo, actual y pasado. Nuestra identidad resulta ser, así, una identidad histórica, una construcción de narratividad, una interpretación constante junto a la espontaneidad de las elecciones éticas y de las actualizaciones de expresión, entre las cuales el cuerpo es el más relevante.<sup>193</sup>

Tal identidad, como hemos visto, habita una dimensión semántica compartida por la sociedad que es la comunidad histórica en la que el sujeto nace. La herencia histórica de tal comunidad es la primera cuna del individuo. Así, la persona se va estructurando dentro de dimensiones hechas por los cuentos, por los relatos familiares y, en sentido más amplio, comunitarios. Así la primera historia de un individuo es, en realidad, la historia del propio entorno familiar. Por eso hablábamos

---

<sup>193</sup> A. Kleinman dice: "Meaning of social kind is stamped into bodily processes and experiences. (...) Social experience is embodied in the way we feel and experience our bodily states and appear to others." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 12. Kleinman se refiere aquí, en realidad a un ámbito más específico, es decir, a los significados que la sociedad atribuye a la enfermedad. Tal discurso vendrá analizado en nuestro próximo capítulo.

antes de *holismo narrativo*: el nacer dentro de historias ya empezadas constituye la red de interacción misma que permitirá al sujeto ejecutar su propia libertad. En tal sentido, tiene perfectamente razón Charles Taylor cuando habla de una "libertad situada". El ser situada de la libertad no disminuye su poder de ser libre. En esta óptica, nuevamente encontramos la idea de que la pasividad, el padecer de la libertad es, de todas formas, presupuesto para el ejercicio mismo de ella. Sin la presencia de los relatos a partir de los cuales nuestra identidad se desarrollaría, no existiría la libertad de escribir nuestro propio relato. Faltaría, en pocas palabras, el *humus* sobre el cual permitir que crezca nuestra propia autonomía. La autonomía siempre es autonomía respecto a algo. Nuestro derecho a la autodeterminación, entonces, no existiría sin el reconocimiento de esta dimensión social que es inalienable.

Ahora bien, hemos visto que los significados que vienen actualizados en las palabras y en los relatos personales y sociales, son significados que en realidad vienen aceptados, compartidos y legitimados por la vida comunitaria misma. En tal sentido, el lenguaje se presenta como un círculo que renueva continuamente tales significados, creándolos al mismo tiempo en cuanto estructuras ontológicas (y no sólo lingüísticas) de la sociedad en la que rigen.

La sociedad legitima el lenguaje que funda los significados que estructuran la existencia misma de la comunidad.

Esto quiere decir que, cuando en realidad hablamos de referencia-a-sí, deberíamos tener en cuenta tales elementos comunitarios. Se descubre que tal "yo" que cada uno de nosotros pronuncia refiriéndolo a sí mismo, en realidad es un pronombre que se opone a los demás pronombres, no sólo en virtud de un hecho gramatical y lógico, sino

porque pertenece a la comunidad humana. El yo, entonces, existe justamente a partir del reconocimiento de una identidad que, a pesar de su pertenencia a una sociedad de otros sujetos, se autodescubre en cuanto autónoma con su propia historia por escribir y elegir.

El problema de la referencia-a-sí, en tal óptica, parece ampliarse al de un reconocimiento que vaya más allá de la identidad de un sujeto gramatical. Creemos que existe una diferencia dramática entre el plano lógico y el plano existencial, experiencial: en la lógica, de hecho, es posible separar algunos elementos y analizarlos en su propia singularidad.

Al contrario, en la consideración existencial de la experiencia, es decir, en la interpretación que de ella tenemos que hacer, no podemos olvidar ni ignorar la complejidad que rige la estructura de la persona misma, estructura que es constitutivamente relacional.

La referencia-a-sí se revela, entonces, un problema de "relacionalidad", que es, en última instancia, un problema ético-narrativo.<sup>194</sup>

Dado que la experiencia humana no sólo halla un carácter eminentemente narrativo, sino que es socialmente estructurada, la configuración (narrativa) de la experiencia tendrá necesariamente que considerar tal contexto comunitario.

---

<sup>194</sup> B. Good, dice: "Narrative studies re-problematize this relation between culture or symbolic forms and experience. We of course do not have direct access to the experience of others. We can inquire directly and explicitly, but we often learn most about experience through stories people tell about things that have happened to them or around them. Narrative is a form in which experience is represented and recounted, in which events are presented as having a meaningful and coherent order, in which activities and events are described along with the experiences associated with them and the significance that lends them their sense for the persons involved. But experience always far exceeds its description or narrativization." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 139.

Nosotros también pensamos que, muchas veces, la experiencia sobrepasa la capacidad de narrativizarla.

Es más, la estructura narrativa propia de la experiencia ya se halla dentro de la estructura lingüística comunitaria.

Esto quiere decir que, no sólo los valores atribuidos por un sujeto a una determinada experiencia, sino también la estructura semántica fundante (narrativa) gracias a la cual tal experiencia se interpretará y se volverá humana (e intersubjetiva), es, en el fondo, otorgada por la comunidad y por el contexto social.

Al fin y al cabo, es la herencia semántica de la sociedad en la que estamos insertados, la que nos ofrece las herramientas hermenéuticas para interpretar la experiencia misma y para configurarla en los mismos cuentos que constituyen nuestra propia memoria.

Así que la estructura social de la narratividad es esencial para la constitución de la identidad personal, en cuanto ofrece los instrumentos para acoger las historias, interpretarlas, comprenderlas, reconocerlas, aceptarlas o, más dramáticamente, rechazarlas.<sup>195</sup>

Ahora bien, hemos visto que la referencia-a-sí se revela, entonces, un problema de autoadscripción dentro de un contexto más amplio: nos auto-adscribimos en cuanto sujetos que poseen una historia. Cada uno de nosotros es, pues, una historia encarnada. Esto quiere decir que atestamos nuestra propia existencia en el momento en que nos autoreconocemos como identidades que hacen parte de un conjunto más amplio de una red relacional que hemos llamado *holismo narrativo*. El problema de la referencia-a-sí viene a relacionarse con un problema que ya hemos anteriormente delineado: el problema del reconocimiento.

---

<sup>195</sup> En tal sentido, podríamos decir, siempre con Kleinman, que: "(...) social structure is an integral part of inner experience, and fantasies and emotions are equally integral to the very stuff of the social world." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pgg. 39-40.

Lo que es importante subrayar es que no nos interesa aquí hablar del problema del reconocimiento en cuanto cuestión de tipo cognitivo. Al contrario, creemos que, a este punto de nuestra discusión, es imposible dejar de entender el sujeto en cuanto persona humana, con toda la complejidad que tal concepto conlleva.

Asimismo, hablar de reconocimiento de la persona humana se revela un argumento de delicada importancia. Para hacerlo, de hecho, es necesario individuar el papel que juega, en tal contexto, la interrelacionalidad propia de la constitución ontológica, no sólo de la persona, sino del mundo mismo.

En tal óptica, el reconocimiento se presenta en cuanto tarea ética, y consecuentemente, la ética misma se convierte en construcción intercomunicativa entre sujetos morales. Lo que queremos aquí subrayar es el hecho de que la estructura de los valores humanos no es nunca dada: es, también ella, una labor infinita de interpretación que se mueve sobre sí misma, para luego desembocar en nuevas problemáticas, en nuevos intentos de respuestas. Prueba de eso es que la ética no tiene sentido si no dentro de una particular comunidad humana. Los significados cambian, con el progreso de la historia, con la peculiaridad de las culturas y de los pensamientos, con el movimiento de las sociedades y de los tiempos. Esto quiere decir que la moral misma es un proceso lingüístico e inter-relacional, y no un conjunto normativo abstracto universal y trascendental. Esto significa que la persona humana es central también respecto a la moral y que el mundo de la persona es fundamentalmente comunicativo.

La persona, de hecho, y como nos hemos esforzado de evidenciar, no viene a perderse dentro de tales redes relacionales. La persona no se reduce ni a la "relacionalidad" ni a la comunicatividad, ni a los

significados que la sociedad atribuye a ella, ni a la moral y su supuesta evolución.

Todo lo contrario: la persona es el centro de toda la narratividad. Si existe una historia es, decisamente, una historia humana. Y cada persona individualiza su propia identidad justamente porque dispone de una historia que puede reconocer como suya, una historia que está compuesta por esos significados compartidos, por las historias de los demás, por los relatos de su propia familia y de su proveniencia.

Creemos que esto es muy importante: cada uno de nosotros es una identidad a partir de tales historias holísticas.

En tal sentido, es claro nuestro pensamiento: la persona humana es constitutivamente relacional, abierta a la alteridad (del cuerpo, del tiempo, del espacio, del mundo de las cosas y del mundo de los demás). Más precisamente: la alteridad constituye y es la raíz pre-originaria de la persona humana. La alteridad, pues, introduce un elemento de desproporción dentro de la constitución de la persona misma. Tal desproporción es, creemos, la cuna de toda necesidad humana de crear lenguajes verbales, artísticos, idiomas, o simplemente de elegir un silencio comunicativo para expresar su mundo que cree interior. La persona se presentaría, entonces, como un criterio unificador de tales niveles que se expresan, básicamente, en los momentos más trágicos, como crisis. De allí surge la acción en cuanto actualización de una ontología que es eminente y misteriosamente libre: la libertad es, como hemos dicho, la trama de toda la narratividad de la persona. La libertad es la historia del género humano mismo. Y la libertad, así como la estructura relacional de la persona, es una dimensión exquisitamente comunicativa: la libertad cubre todo el mundo interior del ser humano, es lo que anima y empuja los individuos a la vida. Y la alteridad de tal

libertad es lo que evidencia el límite de la naturaleza humana: el miedo. El miedo se presenta, pues, como el límite ontológico más infranqueable.

En tal sentido, no pensamos que es posible crear relaciones humanas que vayan más allá de la comunicación interpersonal: existen barreras a la percepción de los sentimientos de los demás, de sus estados de ánimo, existen límites a la empatía. Y tales barreras son ópticas: nuestra estructura corpórea es la más evidente. Sin embargo, pensamos que sí, se pueda realizar una comunicación, un diálogo que sea realmente interpersonal, en la profundidad de una comprensión peculiarmente humana. Tal diálogo es posible construirlo a partir de una sinceridad y una disponibilidad fundamentales, una apertura no dominada ni amenazada por el miedo. En el espacio de tal diálogo, creemos, se puede desplegar también la dimensión de la comprensión hallada por una apertura a la alteridad del otro, de su relato, de su propia y autónoma constitución existencial. La cuestión del reconocimiento emerge aquí en toda su urgencia.

El reconocimiento se pone como una necesidad originaria de atestación de la existencia misma. Es necesario, creemos, ser capaces de reconocer y autoreconocer-se dentro de las historias que nos constituyen, dentro de las herencias y tradiciones que construyen el perfil de nuestra personalidad. Sin eso surgen conflictos dentro de nosotros mismos, conflictos que nos atraviesan completamente y que es difícil interpretar, en cuanto no logramos llevar a cabo un proceso de distanciamiento suficientemente articulado.

Reconocer y autoreconocer-se es, pues, una cuestión de ser capaces de interpretar nuestras historias, de desarrollar una capacidad crítica hacia nuestra proveniencia, hacia nuestra propia constitución, en una

palabra, hacia nosotros mismos. Reconocer-se quiere decir también reconocer el hecho de que las historias nos constituyen, pero no necesariamente nos determinan: reconocer-se quiere decir volverse conscientes de que podemos ser co-autores de nuestra propia historia, de nuestra propia vida. Quiere decir asumir nuestras capacidades y asumir la responsabilidad de vivir, de escribir nuestro destino y de proyectar nuestras variaciones imaginativas para organizar teleológicamente nuestro propio futuro. Reconocer-se quiere decir no olvidar los propios orígenes, la raíz de nuestra identidad y trabajar en el presente *para* el futuro.

Reconocer-se quiere decir también entrar en diálogo con los demás, aceptar la alteridad de nuestro cuerpo, de nuestro mundo, del tiempo y del espacio, de las cosas que de nosotros mismos no aceptamos, de nuestros errores y páginas de la vida que no quisiéramos haber escrito. Reconocer-se es también perdonarse y perdonar. Y el perdón también abre una dimensión eminentemente interrelacional. No se puede ser perdonados sin pedir perdón.

Reconocer-se es esforzarse por comprenderse. Y comprender es entrar en el diálogo.

Tal diálogo es posible en la medida en que la comprensión es, lo que dice Gadamer, el preguntar mismo.<sup>196</sup> Y, en tal contexto, preguntar significa interesar-se al otro, es decir, estar con el otro, estar a su lado, acompañarle. Comprender quiere aquí decir *amar*.<sup>197</sup>

---

<sup>196</sup> Cfr. Gadamer H.G., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano, 2000, pg. 771, donde se dice: "Il comprendere la problematica aperta di qualcosa equivale sempre, costitutivamente, al domandare stesso."

<sup>197</sup> En tal sentido, la dimensión del reconocimiento se abre, así como decía Ricoeur, a la economía del don.



### 7.3. La persona: una suerte de conclusión

La constitución de la persona se presenta, pues, como una “relacionalidad” encarnada que se realiza en el despliegamiento de la narratividad del relato.

Sin embargo, tal constitución se ha presentado, según lo que hemos venido analizando a lo largo de estos dos primeros capítulos, como una constitución compleja y articulada en niveles entre sí relacionados. Podríamos entonces decir que el rasgo fundamental de la persona humana es su ser relacional, su ser abierto a la comunicación intersubjetiva (entre variados niveles existenciales) e interpersonal (entre las personas que constituyen su mundo relacional lingüístico).

Las estructuras que construyen la identidad de cada cual son estructuras eminentemente narrativas. Esto quiere decir, básicamente, que el ser humano se caracteriza por su ser hermenéutico.

El ser humano desprende su acción a partir de la evaluación no sólo de las acciones cumplidas, sino también a partir de una evaluación de los deseos que empujan a la acción misma.<sup>198</sup> Se trata de una manera narrativa de estructurar no sólo la existencia pasada, sino también el darse mismo de la acción.

Taylor divide tales evaluaciones en dos tipos: las evaluaciones débiles y las evaluaciones fuertes. Se trata de distinciones de tipo cualitativo: por un lado hay lo que él define lo más conveniente, lo que “merece la

---

<sup>198</sup> C. Taylor, en su *Human agency and language*, dice: “(...) what is distinctively human is the power to *evaluate* our desires, to regard some as desirable and others as undesirable. This is why ‘no animal other than man...appears to have the capacity for reflective self-evaluation that is manifested in formation of second-order desires.’” C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 16.

pena" ("*the desires as to worth*" )<sup>199</sup>; por otro, lo que viene a ser desplegado por la dimensión lingüística del análisis ético. En las evaluaciones débiles lo que más es relevante es el grado de deseabilidad de la acción *per se*. Al contrario, en las evaluaciones fuertes viene involucrado un cierto concepto de *bien* por el cual el grado de deseabilidad se demuestra índice no suficiente.<sup>200</sup>

Lo que parece aquí emerger es, pues, una caracterización del bien en término relativo, conflictivo, de oposición, o sea, hermenéutico-relacional, es decir, lingüístico.<sup>201</sup>

En las evaluaciones fuertes, el deseo no viene simplemente rechazado o aceptado en base a un grado de deseabilidad personal, sino tras un acto de comparación con un mundo semántico común que dibuja, en nuestra constitución personal-comunitaria, los significados que el mismo deseo puede desprender y, a la vez, realizar.

Esto quiere decir, en primer lugar, que la dimensión lingüística realmente abre el espacio a una evaluación ética que no se basa en la normatividad de las leyes de una moral abstracta. La ética así dibujada parece poseer caracteres intercomunitarios, e inter-semánticos: el grado comparativo del lenguaje, que se basa en una comunión y comunidad lingüística dada, perfila la estructura de una ética compartida dentro de una particular sociedad humana tomada en consideración. Esto implica que la estructura misma de la ética y, por

---

<sup>199</sup> Cfr. C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 17.

<sup>200</sup> Cfr. C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 18.

<sup>201</sup> Taylor dice: "For strong evaluation deploys a language of evaluative distinctions, in which different desires are described as noble or base, integrating or fragmenting, courageous or cowardly, clairvoyant or blind, and so on. But this means that they are characterized contrastively. Each concept of one of the above pairs can only be understood in relation to the other." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 19.

ende, la estructura de la identidad que vive dentro de tal ética, no son principios dados *a priori*, sino formaciones históricas, culturales, religiosas, es decir, hermenéuticas. La constitución de una identidad (de una población, de una comunidad, y de la persona misma), resulta ser herencia de valores, construcciones no simplemente lingüísticas, sino creadas por los valores desprendidos por el lenguaje en uso dentro de una determinada sociedad.

De hecho, la evaluación de los deseos o de las acciones, no puede ser reducida a una cuestión de lenguaje. Se trata, en realidad de un grado de profundidad que tiene que ver con la constitución hermenéutica del ser humano. El conflicto de las auto-interpretaciones (en el momento en que, por ejemplo, nos encontramos frente a un conflicto de deseos y de significados a ellos relacionados) se presenta, pues, como un conflicto dentro de la constitución misma de nuestro lenguaje, es decir, de la constitución de los significados que intentamos dar a nuestras existencias. Por otro lado, se trata también de un conflicto entre nuestros deseos y los significados que a ellos atribuimos, hermenéuticamente hablando, y los significados desprendidos por el vivir dentro de una comunidad humana.<sup>202</sup>

Podemos decir que mientras un sujeto que lleva a cabo sólo evaluaciones débiles mide y considera simplemente alternativas, el sujeto que utiliza un lenguaje de contrastes es un sujeto que cumple evaluaciones fuertes.<sup>203</sup> Lo que distingue las evaluaciones fuertes de las débiles es el tipo de lenguaje que despliega los significados mismos de los deseos. Las evaluaciones fuertes implican, utilizan y crean un tipo de lenguaje que expresa una condición que va más allá de los objetos

---

<sup>202</sup> Lo que Taylor presenta, en realidad, es un análisis y una oposición al utilitarismo.

<sup>203</sup> Cfr. C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol.1, pg. 23.

mismos de los deseos, de las consecuencias que las acciones pueden conllevar y de las evaluaciones morales involucradas en el perseguir tales deseos y realizarlos. Las evaluaciones fuertes se caracterizan por el despliegue de un lenguaje más profundo, un lenguaje que estructura la misma existencia personal y comunitaria.<sup>204</sup>

Esto nos llama la atención sobre dos puntos fundamentales: por un lado, la estructura lingüística de nuestra propia existencia en cuanto sujetos movidos por deseos e intenciones; por otro lado, el rol del sujeto en cuanto agente. Las dos dimensiones se ven, entonces, relacionadas en cuanto apertura a un tipo de lenguaje que estructura la vida activa y reflexiva del ser humano, es decir, en cuanto dimensiones fundantes de la identidad misma de la persona.<sup>205</sup>

Así que las evaluaciones fuertes no tienen sólo que ver con la aparición de deseos que podemos juzgar en base al grado de su deseabilidad, sino con la capacidad de evaluación que cada cual posee acerca de su propia vida y de las elecciones que le llevan a estructurar su existencia de manera peculiar y única: en pocas palabras, las evaluaciones fuertes entrañan a un análisis existencial profundo de

---

<sup>204</sup> Taylor dice: "Motivations or desires do not only count in virtue of the attraction of the consummations but also in virtue of the kind of life and kind of subject that these desires properly belong to." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 25.

<sup>205</sup> Taylor dice: "By 'identity' I mean the use of the term where we talk about 'finding one's identity', or going through an 'identity crisis'. Now, our identity is defined by our fundamental evaluations. The answer to the question 'What is my identity?' cannot be given by any list of properties of other ranges, about my physical description, provenance, background, capacities, and so on. All these can figure in my identity, but only as assumed in a certain way. (...) the concept of identity is bound up with that of certain strong evaluations which are inseparable from myself. (...) I identify myself by my strong evaluations, as someone who essentially has these convictions." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 34. Y sigue: "The notion of identity refers us to certain evaluations which are essential because they are the indispensable horizon or foundation out of which we reflect and evaluate as persons. To lose this horizon, or not to have found it, is indeed a terrifying experience of disaggregation and loss." C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 35.

nosotros mismos. Asimismo, parece que los conflictos entre los deseos y las acciones intencionales vienen a ser dibujadas ahora en cuanto conflictos de auto-interpretación, en virtud del hecho de que lo que caracteriza la humanidad del ser humano es la capacidad de interpretar nuestra vida y su calidad en cuanto agentes proyectados en el tiempo. Esto es, la capacidad de poner bajo una evaluación fuerte y lingüísticamente articulada, no sólo las acciones pasadas, sino también la clase de deseos que estructuran las intenciones de actuar en el futuro.

Esto implica que el lenguaje estructura nuestro pasado, según un marco interpretativo de nuestras acciones, pero también estructura nuestras capacidades de actuar en el tiempo, de moldear y crear proyecciones imaginativas. El lenguaje se presenta, entonces, como realización de un mundo ontológicamente constituido por variaciones narrativas e imaginativas.

Ahora bien, esto significa que el lenguaje posee una valencia ontológica fuerte: hemos visto como la experiencia humana se podría caracterizar en cuanto experiencia narrativamente estructurada. Al desplegar la palabra, al abrir el espacio de la narratividad, se desprenden las clases de significados personales y comunitarios. Hemos visto como en realidad, la dimensión lingüística perfila también la proyección del agente sobre el horizonte de la teleología de la acción, es decir, sobre el horizonte de la totalidad de su existencia. El lenguaje crea, entonces, aquellos mismos valores y dibuja el contorno de los deseos y de las intenciones del agente. Sin embargo, tal creación es peculiar. Por un lado, de hecho, funda nuevos significados; por otro, refleja una estructura valorativa común y compartida de la ética y de las costumbres. Esto no quiere decir que la identidad personal pueda ser

reducida a un comunitarismo generalizado y que pierda su libertad y autonomía dentro de estructuras sociales ya dadas. Se trata más bien de un intercambio inter-relacional entre la constitución personal del individuo y la constitución personal-comunitaria. Dentro de tal inter-“relacionalidad” se desprende la capacidad del sujeto para actuar y para ser co-autor de su propia vida. En este espacio, que se define como espacio interpretativo de la propia existencia dentro de un contexto comunitario, se ejecuta y se abre la libertad personal de actuar. Dentro de este espacio se alternan, ontológicamente hablando, las modalidades del actuar y del padecer, en cuanto rasgos existenciales y antropológicos fundamentales. En la comunión de los significados se encuentra el espacio para las evaluaciones, es decir, para las acciones de interpretación de nuestra propia identidad y de la propia existencia.

De hecho, si las evaluaciones fuertes van más allá del grado de deseabilidad de algo para elegir, esto quiere decir que el lenguaje, en este caso, viene a asumir el valor de un índice de evaluación sobre el tipo de persona, de sujeto que queremos y elegimos ser. Responsabilidad, deseos, y acciones entran aquí en el marco lingüístico de la interpretación de nuestra propia vida y de nuestra propia identidad.<sup>206</sup>

---

<sup>206</sup> De hecho, Taylor dice: “This either because I identify myself by my strong evaluations, as someone who essentially has these convictions; or else because I see certain of my other properties as admitting of only one kind of strong evaluation by myself, because these properties so centrally touch what I am as an agent, that is, as a strong evaluator, that I cannot repudiate them in the full sense. For I would be thereby repudiating myself, inwardly riven, and hence incapable of fully authentic evaluation. Our identity is therefore defined by certain evaluations which are inseparable from ourselves as agents.” C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 1, pg. 34.

La identidad humana se presenta, entonces, como una identidad hermenéutica. Prescindir de estas interpretaciones quisiera decir renunciar a nuestra identidad en su sentido más pleno. Persona es, pues, un ser capaz de llevar a cabo un proceso auto-interpretativo y no sólo auto-descriptivo. Autointerpretarse implica cumplir una lectura de nuestra vida, a la luz del contexto en el que la vida que cada cual se desarrolla. La moral se vuelve aquí ética, en el sentido de que se presenta como contextualizada en el movimiento de la vida, en la interpersonalidad e intersubjetividad abierta de la existencia humana.

Así que la persona resulta ser un principio unificador de tales instancias interpretativas, en la medida en que la identidad misma del ser humano se presenta como dinámica en un mundo ya dado, pero siempre distinto. En todo esto, el lenguaje se presenta como acceso a la dinámica existencial de la persona y del mundo mismo, en cuanto puente entre la dimensión personal individual y la comunitaria. Se trata, pues, de un ámbito abierto y fecundo en donde se despliega la búsqueda de una identidad única, articulada y compleja. El lenguaje se revela en cuanto ontológicamente fundante de la realidad misma del ser persona. La identidad personal es, pues, identidad narrativa. El lenguaje explicita tal identidad narrativa, garantizándole la posibilidad de expresarse en la dinamicidad y la intersubjetividad de un mundo interpersonal.

La construcción de los significados, por lo tanto, no proviene de una identidad ya cartesianamente dada. Sino que el lenguaje se presenta como estructura siempre nueva dentro del horizonte de la humanidad del hombre. El lenguaje crea los significados que vienen a constituir los fundamentos de la sociedad humana en cuanto tal. La construcción de nuestra propia identidad deriva de una interpretación de los mismos

significados que nos constituyen y que, en algunos casos, se presentan como conflictivos

La identidad personal resulta en un proceso creativo e interpretativo, no sólo de tales significados, personales y sociales, sino propio de sí misma. La persona es lo que elige ser. Por eso mismo motivo, creemos que existen dos connotaciones de la palabra persona: un sentido genético, según el cual cada miembro de la sociedad humana es persona humana, por lo tanto es portador de derechos inalienables y de respeto absoluto; y un sentido ético, según el cual es persona todo aquel sujeto que logra autoreconocerse en cuanto miembro de una comunidad humana, es decir, en cuanto sujeto relacional, insertado dentro de un mundo compartido y habitado por otros seres humanos, otras personas; es persona, quien reconoce su humanidad y la humanidad de los demás, respeta a sí mismo y a los demás seres, que actúa y padece y, así haciendo, establece una relación existencial con el mundo de las cosas y de las personas.

Lo que hasta ahora hemos intentado subrayar es la importancia que juega, dentro del discurso sobre la persona humana, el papel de la narratividad y de la alteridad. Nos hemos esforzado por caracterizar la identidad de la persona humana en cuanto identidad marcada y estructurada a partir de una "relacionalidad" originaria y fundante.

La alteridad aquí presentada no es, así como decía Ricoeur, simplemente la alteridad del otro sujeto. Las formas de alteridad que más queríamos poner de relieve han sido la alteridad del cuerpo, en cuanto eje relacional pre-originario y pre-intencional, y la alteridad de la dimensión lingüístico-narrativa gracias a la distensión temporal que constituye la existencia humana misma.



A lo largo de estos dos primeros capítulos, nos hemos enfrentado al problema de la identificación del sujeto, problema que se vuelve dramático en el momento en que nos percatamos de que el sujeto ya no puede ser concebido como un sujeto dado, cartesianamente estructurado. La ontología del sujeto humano se presenta, según lo que dice Ricoeur, en cuanto ontología quebrada y atravesada por el elemento de la crisis. Tal crisis deriva de la desproporción que la finitud humana es para el hombre mismo. La persona humana se encuentra, pues, en una posición existencial en la que la mediación es la vía para sobrepasar tal desproporción y tal quiebra dentro de su propia constitución. El lenguaje se asoma cual elemento que, con su carga semántica y significativa, logra superar las limitaciones que la finitud constitutiva del ser humano impone a la persona. El lenguaje, también, pone de relieve las relaciones que el sujeto tiene con la dimensión temporal de su vida. A partir de las formas verbales, y considerando la estructura narrativa que constituye la experiencia humana, el tiempo se revela el factor más problemático para la definición de una identidad que es dinámica. Las aporías de la identificación nos han mostrado cómo es difícil plantear un discurso sobre el proceso de identificación prescindiendo de la dimensión narrativo-histórica propia de toda identidad.

La identidad narrativa nos ha ofrecido, en cambio, no una manera para solucionar tales aporías, sino otra modalidad de estructurar el problema. Dentro de la concepción de la narratividad confluyen todos aquellos elementos que construyen la complejidad de la identidad humana. Es decir, la complejidad de la dinamicidad de una identidad relacionada al tiempo y al espacio, dentro de límites constitutivos que encierran tal existencia dentro de un marco definido pero desconocido.

Así el relatar la historia de cada uno es un plantear la continuidad del cuerpo, de la existencia, y de la libertad de cada persona. El reconocimiento, a su vez, se ha asomado al discurso acerca de la identificación, descubriendo que el problema de la identificación, en el caso de las personas, es mucho más complejo que el planteamiento presentado por la filosofía analítica. De hecho, creemos que el problema de la identificación, presentado por la analítica, corresponde, en el plano ético, al problema del reconocimiento. El reconocimiento es el problema de aceptar, atestar y respetar la identidad de cada uno de nosotros y de los demás.

Y el problema del reconocimiento se encuentra relacionado con la dimensión narrativa y, por ende, temporal de la identidad personal de cada cual. La identidad de todo sujeto se desarrolla a partir, justamente, de la pertenencia y proveniencia de un determinado pasado. En tal sentido, la condición existencial de partida de cada cual es absolutamente arbitraria: el sujeto nace dentro de premisas ontológicas ya dadas a partir de las cuales tendrá que escribir el desarrollo de su propia historia. El pasado entonces, asume aquí el rol de alteridad por excelencia.

Esto implica la capacidad de aceptar al propio pasado como una alteridad con la que deberíamos relacionarnos para devenir co-autores de nuestra propia vida, en la autonomía de nuestra capacidad de auto-interpretarnos, en la comprensión de nuestra naturaleza de seres hermenéuticos, como nos ha mostrado C. Taylor.

La comprensión de cada cual y la orientación que cada uno quiere dar a su propia existencia se desprende a partir de una consideración-evaluación del ser persona en su conjunto: las variaciones imaginativas son proyecciones que cada sujeto cumple a partir de la interpretación

de los deseos que dirigen las acciones futuras y que han guiado las pasadas.

La vida, la existencia, no pueden ser ajenas, pues, a la historia que las constituyen. La vida de cada cual se realiza a partir, justamente, de su relación con su propia historia: se trata de un problema de reconocimiento de capacidad, de auto-estimarse en cuanto sujetos autónomos y libres.

Sin embargo, tal capacidad de orientación dentro de nuestro propio pasado nos deriva, una vez más, de la capacidad de interpretar y ser críticos hacia nosotros mismos y hacia la historia que nos constituye. Nuestra historia es condición de nacimiento, pero no debe ser condicionamiento.<sup>207</sup>

El papel desempeñado por cada persona dentro de un marco social definido no tiene que sustituir a la auténtica forma existencial de la identidad personal. Se trata más bien de relaciones, de intercambios, de un holismo que posee, en la mayoría de los casos, una estructura lingüísticamente fundada. La identidad de cada cual se presenta, entonces, como una relación constitutiva con el tiempo, con la corporeidad, con el lenguaje, y con las sociedades de los demás. La historia es la historia de la libertad de cada sujeto.<sup>208</sup>

---

<sup>207</sup> Esto quizás quiere decir MacIntyre cuando dice: "Individuals inherit a particular space within an interlocking set of social relationships (...). To know oneself as such social person is however not to occupy a static and fixed position. It is to find oneself placed at a certain point on a journey with set goals; to move through life is to make progress- or to fail to make progress- toward a given end. Thus a completed and fulfilled life is an achievement, and death is the point at which someone can be judged happy or unhappy." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pgg. 33-34.

<sup>208</sup> Sin embargo, MacIntyre, en las páginas anteriores había también dicho: "(...) it is crucial to stress that I do not mean by this that moral beliefs expressed by and embodied in the *characters* of a particular culture will secure universal assent within that culture. (...) It is often and perhaps always through conflict that the self receives its social definition. This does not mean (...) that the self is or becomes nothing but the

La persona es, entonces, libertad que se expresa en el perfilar un horizonte de totalidad, apertura a la existencia compartida, interrelacional, en una comunión con la alteridad del tiempo (pasado en cuanto historia, presente en cuanto actualización de la acción y futuro en cuanto responsabilidad), de la corporeidad, de la sociedad de los demás, del lenguaje que crea el ámbito existencial para expresar la identidad misma de cada uno.

En la alteridad de la palabra se refleja la "relacionalidad" de la persona humana en cuanto eterno diálogo consigo misma, diálogo con la desproporción en la que y a partir de la cual cada sujeto humano vive, actúa y padece. En la alteridad de la palabra que realiza expresa y crea pensamientos, sentimientos, deseos, proyectos y esperanzas, la identidad de cada cual se encuentra y se autoevalúa, se autoreconoce, se autointerpreta. La identidad humana habita el lenguaje y, al mismo tiempo, lo crea. La persona es el criterio creativo por excelencia, en la apertura de un diálogo que funda significados, interpreta la vida y le confiere sentido. La constitución de la persona se distingue, entonces, de los otros seres, justamente, por su carácter interpretativo-hermenéutico que otorga valor a la existencia en sí misma, a sus límites y limitaciones, a su belleza y su desproporción, a la vida y a la muerte, al dolor y al horizonte de la totalidad. La persona se caracteriza por su capacidad de atribuir valor a su propio existir; de desplegar sentidos dentro de la naturalidad del mundo; la persona humana crea la humanidad de la persona.

Por eso, la persona no puede venir analizada prescindiendo de su carácter comunitario: no existe persona fuera de una comunidad humana, concepto abstracto, así como no existe persona que no sea

---

social roles in which it inherits. The self, as distinct from its roles, has a history and a social history." A. MacIntyre, *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003, pg. 31.

encarnada. Persona es la concreta existencia de cada cual de nosotros, en el hambre y en la pobreza, en la felicidad, en el actuar y en el padecer. Persona es, también, ser responsables de nosotros mismos y de los demás: el reconocimiento, que hemos visto ser criterio ético del principio de identificación, nos impone, entonces, una apertura a la alteridad íntima de nosotros mismos, y a la de los demás, en forma de cura, de respeto y de don.

Ser persona es, en última instancia, disponibilidad a amar.

Hemos hasta aquí presentado el marco teórico de nuestro trabajo. Ahora intentaremos entrar más en lo específico de nuestro tema. Intentaremos, de hecho, actualizar y aplicar tal marco teórico dentro de un ámbito particular, es decir, el ámbito de la relación médico-paciente. Para hacer esto, antes intentaremos analizar cómo los significados de la enfermedad, así como la estructura de la identidad personal, son significados profundamente interrelacionales, es decir, contruidos a partir de una constitución común, compartida, reconocida y aceptada.



## CAPÍTULO III

*“E vivere così, al limite dell’annientamento,  
doveva farlo da solo,  
senza nessuna persona che lo comprendesse  
e che ne provasse compassione.”  
(L. Tolstoj, La morte di Ivàn Il’ič)*

### § 8. Enfermedad: construcción semántica y holista

La persona humana, según lo que hemos hasta ahora visto, se constituye como un principio interrelacional que media narrativamente entre las variadas dimensiones que fundamentan la realidad del mundo de las cosas y de los otros. Esto quiere decir que la esfera simbólico-metafórica es el punto de mediación entre la dimensión interna de la persona humana y la de la realidad óptica del mundo fáctico. Tal mediación acontece siempre e irreductiblemente dentro de un contexto social que otorga significados y valores al lenguaje, creando asimismo las metáforas que luego configurarán la realidad del mundo. Ahora bien, lo que queremos aquí analizar es justamente esta mediación metafórico-simbólica del lenguaje en el contexto de la enfermedad humana.

De hecho, creemos que el concepto de enfermedad en realidad está constituido por una variedad de niveles semánticos que se realizan en la diferenciación narrativa de los distintos géneros. El concepto de “enfermedad” es, pues, un concepto que se delinea a partir de una construcción metafórica que viene a ser constituida, por un lado, por una dimensión semántica personal e individual, por otro, por una dimensión semántica social. Esto quiere decir que el concepto de

enfermedad puede ser analizado desde una perspectiva personal-subjetiva, y desde una holista: ambas, lejos de ser dos esferas absolutamente independientes, concurren a la formación y a la elaboración del concepto de enfermedad (y, por ende, de salud). Así que nos concentraremos en las definiciones que A. Kleinman da en su *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition* (1988), de la palabra enfermedad, diferenciando, como él hace, entre *illness*, *disease* y *sickness*.

Este discurso nos llevará a considerar, pues, el concepto de enfermedad en cuanto in-formado por una construcción semántico-metafórica preexistente y compartida por la cultura en la que el sujeto se viene a encontrar. Esto nos sugiere que el concepto de enfermedad viene a constituirse en cuanto concreción holista de significado polisémico. La diferenciación terminológica introducida por Kleinman nos permite afirmar que la constitución semántica de la enfermedad es, en realidad, un proceso de negociación cultural y social que un determinado grupo elabora en cuanto estrategia de adaptación.

Tales estrategias se diferencian, en el espacio y en el tiempo, gracias a las siempre nuevas reconfiguraciones narrativas que las metáforas constituyen dentro la visión de la realidad mundanal. Se trata, pues, del desarrollo de metáforas que no son otra cosa sino la elaboración de dimensiones simbólicas que median entre la subjetividad de la persona enferma y la constitución de la realidad física. Las metáforas reconfiguran, entonces, las modalidades de experimentar la realidad, en cuanto crean nuevos significados experienciales y nuevas formas de realidad.

A partir de este discurso, veremos como la enfermedad, lejos de ser un concepto unívoco, se presenta en cuanto culturalmente perfilado en la



variedad de las formas narrativas preexistentes y presentes dentro de la sociedad en la que el enfermo se encuentra. Analizaremos, pues, las tipologías narrativas más comunes dentro de la sociedad occidental, según las argumentaciones presentadas por A. Frank en su *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics* (1995).

La significatividad de tal variedad narrativa permite llevar a cabo un proceso de reconocimiento o de desconocimiento de los roles de enfermo y de profesional sanitario y del grupo familiar. Esto implica que la estructura narrativa atribuida a un episodio de enfermedad, en realidad, dibuja mundos posibles, variaciones imaginativas que, en el caso sanitario, se revelan en cuanto opciones comportamentales y terapéuticas.

Esto nos llevará a analizar el desarrollo de un relativamente nuevo género literario: la *patografía*, también llamada *illness narratives*. Nuestra intención es, pues, la de llevar la atención sobre la compenetración de la literatura dentro de la composición y la elaboración de los conceptos médicos, y sobre el intercambio entre médico y paciente en el contexto de la relación sanitaria que los une. Nos concentraremos, entonces, sobre la constitución ficticia de disciplinas tales la bioética, la ética y la medicina misma. El lenguaje, según nuestra opinión, de hecho, no sólo configura el mundo, sino que lo crea.

### 8.1. *Illness* y *disease* : perspectiva personal y perspectiva holista

La construcción del concepto de enfermedad se presenta en cuanto compleja interrelación de elementos entre sí distintos. Podríamos decir

que la *realidad clínica* <sup>209</sup> es, simplemente, un subsector de un conjunto mucho más amplio, es decir, la realidad social.<sup>210</sup>

Como hemos venido viendo, la realidad social viene a constituirse como contexto y sustrato de significados y relaciones legitimadas por la sociedad misma. De tal manera, la realidad social viene estructurada a partir de lo que la sociedad misma configura en cuanto legítimo: tal legitimización se construye a partir y sobre significados reconocidos, aceptados y compartidos por sus miembros. En tal óptica, también los comportamientos y las configuraciones sociales asumen significados comunitarios legitimados por los miembros del grupo mismo.<sup>211</sup>

La constitución del sujeto se desarrolla así relacionamente respecto a la realidad social misma: la inserción de un individuo dentro de un contexto social permite al sujeto llevar a cabo un proceso de autoafirmación y de autoreconocimiento en cuanto individuo singular, por un lado, y en cuanto miembro de una comunidad, por otro.<sup>212</sup>

---

<sup>209</sup> Tal concepto viene encontrado por primera vez en A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980.

<sup>210</sup> Cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 35. Por realidad social entendemos el mundo y la dimensión de las interrelaciones humanas que existen fuera del sujeto y entre los sujetos.

<sup>211</sup> Cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 36, donde se dice: "Social reality is constituted from and in turn constitutes meanings, institutions, and relationships sanctioned by society. Social reality is constructed or created in the sense that certain meanings, social structural configurations, and behaviors are sanctioned (or legitimated) while others are not."

<sup>212</sup> Kleinman dice: "The individual absorbs (internalizes) social reality- as a system of symbolic meanings and norms governing his behavior, his perception of the world, his communication with others, and his understanding of both the external, interpersonal environment he is situated in and his own internal, intraphysic space- during the process of socialization (or enculturation)." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 36.

En tal proceso de autoafirmación, la visión de la realidad se presenta en cuanto "real": el proceso de autoafirmación se verifica a partir de una afirmación de la legitimidad ontológica de la realidad individual y social, en el conjunto. La realidad social, en tal sentido, no es una dimensión significativa y semántica externa al sujeto, sino que otorga al sujeto la posibilidad y el espesor semántico de su propia existencia. De tal modo, identidad personal e identidad cultural (en cuanto realidad social y lingüística) se presentan como dimensiones ontológicamente interrelacionadas y constitutivas de la subjetividad del individuo.<sup>213</sup>

Ahora bien, lo que quisiéramos ahora afirmar es el hecho de que la práctica clínica otra cosa no es sino una dimensión de tal realidad social.

Llamaremos, junto a A. Kleinman, *realidad clínica* <sup>214</sup> a tal subsector de la realidad social. La realidad clínica está constituida por todos aquellos aspectos relacionados con la salud. Esto quiere decir que los sistemas médicos, entendidos como instituciones socio-políticas y basadas en una visión científica peculiar de una comunidad (en nuestro caso, basada en la ciencia occidental experimental), descansan y son creados a partir de una visión de la realidad, visión que es una semántica de la existencia de un grupo social específico. Claramente, dentro de tal conjunto semántico, se presentan las diferencias propias de las individualidades particulares de las subjetividades, grupos familiares, o minorías étnicas, etc...

---

<sup>213</sup> Como hemos visto, esto no quiere decir que no existiría una identidad personal en absoluto. Sin embargo, como decía A. MacIntyre, también el conflicto de identidad no es nada más que una lucha para la identidad. Los individuos difieren en la manera de relacionarse con las normas sociales, y también difieren en los grados de adhesión a tales normas o en la manera de actuar según estas leyes.

<sup>214</sup> Cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 38.

La realidad simbólica es lo que media las relaciones entre la dimensión subjetiva del individuo y la constitución física de la realidad mundanal.<sup>215</sup> En tal sentido, la realidad clínica es lo que pone en relación la dimensión subjetiva físico-psicobiológica con la realidad física ambiental, a través de una realidad simbólica que desempeña el papel de mediadora lingüístico-semántica entre la enfermedad y el sistema médico mismo.<sup>216</sup>

Podríamos decir, pues, que la realidad clínica es lo que crea, en última instancia, el concepto de enfermedad, asistencia médica, sufrimiento, roles sociales (respectivamente de médico y de enfermo), justamente gracias a la realidad simbólica que media la existencia entre individuo y realidad física externa. La realidad simbólica viene a ser, más profundamente, lo que dibuja el perfil del individuo dentro de un dado contexto psico-sociológico y físico.<sup>217</sup>

---

<sup>215</sup> Kleinman dice: "I have coined a new term, *clinical reality*, to designate the socially constituted contexts that influence illness and clinical care, which I shall describe as consisting principally of social and symbolic reality, but relating as well to psychobiological and physical realities." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 41.

<sup>216</sup> Véase la figura 2 en A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 42. Kleinman define así el concepto de *clinical reality*: "The beliefs, expectations, norms, behaviors, and communicative transactions associated with sickness, health care seeking, practitioner-patient relationships, therapeutic activities, and evaluations of outcomes. The *social reality* that expresses and constitutes clinical phenomena and which itself is clinically constructed.", pg. 42.

<sup>217</sup> Siempre Kleinman dice: " Symbolic reality is formed by the individual's acquisition of language and systems of meaning. We know socialization, via the acquisition of language and other symbolic systems, plays a major role in the individual's response to his behavioral field of interpersonal relationships and social situations. But there is much evidence to support the additional thesis that the internalization of symbolic reality (...) also plays an essential role in the individual's orientations to his own inner-world." "(...) symbolic reality enables individuals to make sense out of their inner experience. It helps shape personal identity in accordance with social and cultural norms. In this view, symbolic meanings influence basic psychological processes, such as attention, state of consciousness, perception, cognition, affect, memory, and motivation." A. Kleinman,

Tal dimensión simbólica, pues, se presenta como el *humus* sobre el cual vienen a constituirse y fundamentarse los significados sociales, dentro de la escena comunitaria misma. El sistema sanitario se configura, entonces, como una instancia en que la realidad simbólica estructura y legitima los roles y los comportamientos de los sujetos dentro del contexto de la sanidad pública, la enfermedad en cuanto experiencia privada, la configuración y la manera de percibir los síntomas, y el interés de género clínico-científico.

Más profundamente, la realidad simbólica, en cuanto dimensión semántica de los significados que articulan la realidad social, es lo que despliega también la manera de legitimar, fundamentar, y percibir la experiencia de la enfermedad misma.<sup>218</sup>

Esto nos sugiere, pues, que la enfermedad posee una estructura ontológica experiencial irreductible construida a partir de una complejidad semántica y simbólica de carácter psico-social, complejidad que configura también la manera de responder a la enfermedad, sea por parte del sujeto, sea por parte de la comunidad a su alrededor.

---

*Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, respectivamente pgg. 41 y 42.

<sup>218</sup> Podríamos decir que, en realidad, existen muchas dimensiones que orientan el sistema sanitario en sí mismo. Todas estas dimensiones constituyen lo que, en el plano racional, se despliega en cuanto acciones basadas en los significados legitimados por la dimensión simbólica de la enfermedad misma.

Podríamos individualizar, con Kleinman, tales funciones: "1) The cultural construction of *illness* as psychosocial experience. 2) The establishment of *general* criteria to guide the health care seeking process and to evaluate treatment approaches that exist prior to and independent of individual episodes of sickness. 3) The management of *particular* illness episodes, through communicative operations such as labeling and explaining. 4) Healing activities *per se*, which include all types of therapeutic interventions, from drugs and surgery to psychotherapy, supportive care, and healing rituals. 5) The management of therapeutic outcomes, including cure, treatment failure, recurrence, chronic illness, impairment, and death." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pgg. 71-72.

Ahora bien, A. Kleinman empieza su *The illness narratives* (1988)<sup>219</sup> introduciendo una interesante diferenciación terminológica, que nos proporciona el concepto de complementariedad propio de la construcción semántica de la palabra *enfermedad*.

Kleinman presenta la noción de enfermedad en cuanto compuesta por una triple articulación perspectivista.<sup>220</sup>

En el concepto de enfermedad confluirían las distintas connotaciones de las tres palabras inglesas: *illness*, *disease*, *sickness*. Cada una de ellas expresaría, según él, el punto de vista a partir del cual la enfermedad en cuanto acontecimiento viene a ser definido y encuadrado.

La enfermedad, de hecho, es un fenómeno que se encuentra a suceder necesariamente en un contexto personal-existencial y social peculiar determinado. Dentro y gracias a tal contexto se realizan las diferencias perceptivas, semánticas, expresivas y valorativas aplicadas a la enfermedad misma (a partir de los meros síntomas hasta las evaluaciones morales y religiosas posibles).<sup>221</sup>

Ahora bien, *illness* inhere a la experiencia humana del enfermar, del manifestar y sufrir por causa de algunos síntomas. *Illness* se refiere, pues, a la experiencia de la enfermedad en cuanto fenómeno desde la perspectiva psico-social: tal término incluiría, en su connotación, la percepción y la respuesta individual y comunitaria respecto al proceso de enfermar de un sujeto.

---

<sup>219</sup> A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988.

<sup>220</sup> A diferencia del español, el concepto de enfermedad viene expresado en inglés gracias a tres términos. Mérito de Kleinman, en este sentido, es el de haber individuado y atribuido a cada uno de ellos perspectivas connotativas distintas.

<sup>221</sup> En tal sentido, Kleinman dice también que la construcción cultural de la enfermedad es una manera, por parte de la sociedad y del sujeto, de responder positivamente y con un sentido de adaptación al acontecimiento del sufrimiento, del enfermar y del morir. Cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 72.

*Illness* no se refiere simplemente al aspecto factual y biológico del enfermar.<sup>222</sup> Tal palabra, más bien, pone el acento sobre la perspectiva vivencial y holista de la experiencia del enfermar, subrayando así un carácter mucho más complejo y existencial de la experiencia en sí.

En este sentido, la palabra *illness* incluye, en su connotación, también los procesos de categorización y de explicación formulados por el sujeto enfermo, por un lado, y por los otros miembros de su comunidad cultural, por otro. *Illness* se refiriría también a la expresión de juicios expresados por el sujeto acerca de su estado o acerca de las posibles y eventuales maneras de solucionar problemas prácticos relacionados o causados por la enfermedad.<sup>223</sup>

El concepto de *illness* dibuja, entonces, los procesos de explicación personal y comunitaria del acontecimiento del enfermar. Esto quiere decir que, en primer lugar, el concepto de enfermedad connotado por la palabra *illness*, hace referencia no sólo a la dimensión vivencial del

---

<sup>222</sup> Kleinman dice: "When I use the word *illness*, (...) I shall mean something fundamentally different from what I mean when I write *disease*. By invoking the term *illness*, I mean to conjure up the innately human experience of symptoms and suffering. *Illness* refers to how the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 3.

<sup>223</sup> Cfr. A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 4, donde se dice también: "The *illness* experience includes categorizing and explaining, in common-sense ways accessible to all lay persons in the social group, the forms of distress caused by those pathophysiological processes. And when we speak of *illness*, we must include the patient's judgments about how best to cope with the distress and with the practical problems in daily living it creates." E: "*Illness* includes secondary personal responses to a primary malfunctioning (*disease*) in the individual's physiological or psychological status. *Illness* involves processes of attention, perception, affective response, cognition, and valuation directed at the *disease* and its manifestations. But also included in the idea of *illness* are communication and interpersonal interaction, particularly within the context of the family and social network. (...) *Illness* is the shaping of *disease* into behavior and experience." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 72.

sujeto enfermo, sino también al modo vivencial de los miembros de la comunidad en la que el sujeto se encuentra; en segundo lugar, el concepto de *illness* se revela en cuanto articulación de significados atribuidos y provenientes por el individuo y por la sociedad; en tercer lugar, la palabra incluye en su definición la construcción de metáforas, convicciones (más o menos influenciadas por la cultura científica o no científica divulgada en la sociedad), creencias y, sobre todo, la búsqueda y realización de variaciones imaginativas respecto al elemento de la enfermedad que entra dentro de la existencia del sujeto, de su familia o grupo social; en cuarto lugar, el concepto de *illness* nos sugiere que sea el sujeto enfermo, sea la comunidad (familiar o relacional), usa estrategias de adaptación para responder a un acontecimiento que se presenta como sinsentido, estrategias que son, básicamente, lingüísticas.

De tal modo podríamos decir que *illness* se configuraría como una tentativa de respuesta a la enfermedad, en cuanto atribución de una primera forma significativa, de explicación y, sobre todo, en cuanto forma de control.<sup>224</sup>

El concepto de *illness* despliega, pues, la dimensión vivencial, valorativa y activa del sujeto enfermo junto a su comunidad familiar y social.

Esto nos sugiere que, siendo la experiencia de la enfermedad (en cuanto *illness*) relacionada con las vivencias, las valoraciones, las creencias individuales y colectivas, su significado se perfila a partir de una compenetración semántica entre la dimensión subjetiva y la comunitaria- holista.<sup>225</sup>

---

<sup>224</sup> Cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 72.

<sup>225</sup> Kleinman afirma: "Local cultural orientations (the patterned ways that we have learned to think about and act in our life worlds and that replicate the social structure



Se trata de una negociación semántica: a la connotación de la palabra *illness* concurren, por un lado, la esfera de las construcciones culturales (que involucra también la aceptabilidad de los comportamientos dentro de la economía de los diferentes roles sociales y la manera de percibir los síntomas, la ayuda, el grado de sufrimiento, etc...), por otro, la atribución de significados personales y autobiográficos por parte de la persona enferma. Esto coloca a la experiencia de la enfermedad, en el cruce entre perspectiva cultural y perspectiva personal: la experiencia de la enfermedad es culturalmente perfilada y estructurada, sin embargo se presenta siempre en cuanto individual, por lo tanto distintiva.<sup>226</sup>

Así que podríamos decir que el significado de la experiencia de la enfermedad, o *illness*, es eminentemente holístico.<sup>227</sup>

Ahora bien, el segundo término analizado por Kleinman es *disease*.

*Disease* se refiere a un proceso biológico y/o psicológico malfunctionante en un sujeto. Visto desde otra perspectiva, se podría decir también que tal término viene definido como la reconfiguración

---

of those worlds) organize our conventional common sense about how to understand and treat illness; thus we can say of illness experience that it is always culturally shaped." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 5.

<sup>226</sup> Kleinman dice: "But conventional expectations about illness are altered through negotiations in different social situations and in particular webs of relationships. Expectations about how to behave when ill also differ owing to our unique individual biographies. So we can also say of illness experience that it is always distinctive." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 5.

<sup>227</sup> Esto es evidente en el hecho de que en una comunidad se desarrollan metáforas para expresar quejas de dolor: a pesar de la intransferibilidad de las sensaciones físicas, tales metáforas, que nacen y se apoyan sobre un lenguaje y un dominio semántico compartido y común entre los miembros de la misma comunidad, realizan y hacen posibles la comunicación del dolor o del sufrimiento a los otros.

médico-científica de la connotación holística de *illness*. *Disease*, en pocas palabras, es la enfermedad desde el punto de vista médico.<sup>228</sup>

La estructura de la enfermedad, según la perspectiva encuadrada por la palabra *disease*, resulta a partir de una reconfiguración de la experiencia de la enfermedad (*illness*) que viene realizada gracias a la aplicación de la taxonomía médica a la experiencia individual del enfermar.

Ahora bien, podríamos decir, en primer lugar, que *disease*, representando la perspectiva científica, reifica la experiencia y la vivencia existencial de la enfermedad. La perspectiva médica traduce y transpone la dimensión vivencial del enfermar en el plano taxonómico, abriendo el espacio a una objetivización teórica.<sup>229</sup> Tal proceso, que es, finalmente, un proceso hermenéutico, reifica la vivencia de la enfermedad (vivida por el sujeto y por su comunidad) creando un ente: la enfermedad misma, *disease*. La enfermedad viene a ser encuadrada, según tal perspectiva, como disfunción sistémico-biológica.<sup>230</sup>

En segundo lugar, tal acto interpretativo guiado por la taxonomía en cuanto cuadro teórico-científico aplicado, transforma la experiencia vivida por el sujeto en caso clínico. Esto quiere decir que una parte del significado experiencial si no viene completamente perdido, viene por

---

<sup>228</sup> Kleinman da tal definición: "Disease is what the practitioner creates in the recasting of illness in terms of theories of disorder. Disease is what practitioners have been trained to see through the theoretical lenses of their particular form or practice. That is to say, the practitioners reconfigures the patient's and family's illness problems as narrow technical issues, disease problems." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 5.

<sup>229</sup> Kleinman dice: "The healer-...-interprets the health problem within a particular nomenclature and taxonomy, a disease nosology, that can create a new diagnostic entity, an "it"- the disease." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 5.

<sup>230</sup> Cfr. A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 5.

lo menos traducido en términos que pretenden ser objetivos o pertenecientes a un sistema semántico distinto al vivencial.<sup>231</sup>

En tercer lugar, el acto de reconfiguración taxonómica es el que crea el caso y que transforma la persona enferma en paciente. Esto quiere decir que, en cierta medida, el proceso de reificación aplicado a la enfermedad viene aplicado también a la persona humana. La perspectiva médica, a través de su lente nosológica, configura el sujeto activo en cuanto pasivo. Sin embargo, también ese acto de reconfiguración es un proceso hermenéutico: el médico interpreta las vivencias, relatadas o presentadas por el sujeto, traduciéndolas al plano taxonómico. Se trata, pues, de un proceso de transcripción de particularidades (los síntomas) dentro de un cuadro general (la taxonomía).

Ahora bien, la diferenciación de estos dos términos pone de relieve algunas consideraciones. *Illness* y *disease* son dos dimensiones de un mismo acontecimiento: el hecho de enfermar. Sin embargo, tal diferenciación nos sugiere que realmente el concepto de enfermedad se construye gracias a un superponerse de niveles semánticos distintos pero quizás complementarios. Cada uno de ellos individualiza diferencias significativas y perspectivistas; cada una de ellos indica un peculiar contexto de normas, taxonomías, significados, connotaciones, pero también da lugar a un desplegarse de comportamientos que siguen, respectivamente, praxis diferentes.

La diferenciación terminológica inaugurada por Kleinman, nos abre a la reflexión sobre la diferenciación de los roles sociales que se despliegan

---

<sup>231</sup> Kleinman dice: "In the practitioner's act of recasting illness as disease, something essential to the experience of chronic illness is lost; it is not legitimated as a subject for clinical concern, nor does it receive an intervention." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 6.

en el proceso del enfermar, del buscar asistencia, del seguir un tratamiento, de enfrentarse al dolor, al sufrimiento y, eventualmente a la muerte, no sólo por parte de un sujeto, sino por una entera comunidad que puede ser la familiar o la de un grupo social más amplio.

Tal diferenciación nos sugiere también que, siempre e inevitablemente, la enfermedad, independientemente de su naturaleza y de su proceso nosológico, posee rasgos y caracteres sociales, culturales, psicológicos que van más allá del simple y mero malfuncionamiento biológico. Esto quiere decir que la *disease* involucra siempre (o casi) una *illness*, aunque no sea válido el contrario: la *illness* es la tentativa de atribuir un significado a un desorden físico. Por esta razón, *illness* se puede definir en cuanto construcción cultural-personal de la enfermedad en cuanto *disease*. Esto es de capital importancia, porque a partir de la atribución de significados al acontecimiento del enfermar, es posible perfilar también opciones comportamentales, evaluaciones prácticas respecto al tratamiento y a la configuración existencial de quien está enfermo.<sup>232</sup> La elaboración del concepto de *illness*, en este sentido, se presenta como una estrategia cultural elaborada por y en favor del paciente y de su entorno social.

El tercer término, *sickness* viene explicado por Kleinman en cuanto representación de la enfermedad, en escala macrosocial, es decir, un fenómeno sanitario visto desde la perspectiva de las fuerzas políticas, económicas, culturales, e institucionales internas a una sociedad peculiar, o sea, como una red semántico-social en macroescala.<sup>233</sup>

---

<sup>232</sup> Para todo esto cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 78.

<sup>233</sup> Kleinman define: "Sickness is best regarded as semantic networks (culturally articulated systems) that interrelate cognitive categories, personal experiences, physiological states, and social relationships. Healing, viewed from that perspective,

Dicho con otras palabras, cuando consideramos la tuberculosis en relación a la pobreza, malnutrición que se verifican en poblaciones que resultan más expuestas así a tal enfermedad, estamos hablando de la tuberculosis en cuanto *sickness*.<sup>234</sup>

Esto quiere decir que la enfermedad en cuanto representación macrosocial viene connotada por tales rasgos sociales que encuadran la definición misma de la enfermedad tomada en consideración. Nuevamente, el entorno, el contexto, influyen directamente en la comprensión y definición de los significados relacionados a la enfermedad. Es más, en este caso es el contexto en su conjunto que otorga, desde el punto de vista de la *sickness*, el significado a la enfermedad. Desde esta perspectiva ya no existe ni sujeto ni paciente, sino un caso colectivo a partir de determinadas condiciones sociales.

*Sickness* es enfermedad sin paciente.

Ahora bien, tal diferenciación semántica nos sugiere que el proceso de enfermar, en realidad, no se presenta, como a menudo se podría creer, en cuanto concepto unívocamente connotado. Muy al contrario, "enfermedad" resulta en un confluir de connotaciones y significados complejamente contruidos por múltiples dimensiones semánticas. La enfermedad, lejos de ser exclusivo dominio de la perspectiva médico-científica, es un concepto culturalmente contruido. La medicina

---

involves the same semantic networks." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 364.

<sup>234</sup> Cfr. A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 6. Él dice: "(...) I shall introduce a third term, *sickness*, and define it as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces."

misma, a partir de tal punto de vista, se revela en cuanto disciplina constituida por elementos históricos, culturales y temporales.<sup>235</sup>

En tal sentido, la enfermedad, así como la medicina, en cuanto construidas a partir de concrecciones semánticas, se desvelan como instancias eminentemente lingüísticas.<sup>236</sup>

La estructura del lenguaje, como hemos intentado anteriormente subrayar, siempre se desprende a partir de una cuna semántica holista, compartida dentro de un determinado grupo social. Tal estructura participa también en la constitución de conceptos que, de forma prejuicialmente positivista, son considerados empíricos, por tanto, científicos y ciertos, inmutables. En tal perspectiva, se establece una arbitraria ecuación entre el concepto de empírico, realidad y, consecuentemente, verdad. La concepción empírica viene a constituirse, pues, en cuanto epistemología de la realidad, y el concepto de racionalidad misma se vuelve criterio de desvelamiento de la verdad.

Sin embargo, la empiría es, sin más, un tipo de descripción de la realidad entre otros: siendo una descripción no puede, pero, renunciar a ser explicitada por una instancia lingüística irreductible. Tal instancia, según lo que nos enseña Merleau-Ponty, nunca puede ser nada más que una instancia constituida por un largo proceso cultural.<sup>237</sup>

---

<sup>235</sup> I. Illich dice: "De una manera u otra, todas las culturas enseñan el sufrimiento como arte que le permite a uno hacer frente en profunda soledad al tipo de dolor físico que no puede evitarse." I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 121.

<sup>236</sup> Byron J. Good dice: "I am convinced that the language of medicine is hardly a simple mirror of the empirical world. It is a rich *cultural language*, linked to a highly specialized version or reality and system of social relations, and when employed in medical case, it joins deep moral concerns with its more obvious technical function." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 5.

<sup>237</sup> La relación entre *background* cultural y expresión, puede resultar evidente en la diversidad lingüística y expresiva que emerge a la hora de hablar de determinados

El lenguaje, que estructura la experiencia humana, no puede ser neutral, ni siquiera el lenguaje usado en la expresión y comunicación de datos médicos.<sup>238</sup>

Hay que cumplir, pues, un proceso de desenmascaramiento de los prejuicios modernos, relacionados a la herencia positivista que constituye nuestro orgullo, típicamente occidental, de detentadores y portadores de un sistema cognitivo cierto y verdadero, de colonizadores del mundo de la verdad. Tal postura es otra versión del mismo dogmatismo que el positivismo pretendía disolver, un dogmatismo supersticioso y religioso que ha constituido la cruzada propia de los modernos y de los post-metafísicos. Lamentablemente, es difícil desapegar a los seres humanos de las pseudo-certezas que parecen dar consuelo a su afán de ser eternos e ilimitados. Por esto, es tan difícil aceptar la idea de que el positivismo sea, simplemente, una de las descripciones de la realidad, es decir, otra instancia lingüística de tipo histórico y cultural.

El método empírico es, pues, un modo de organizar y ver la realidad del mundo de las cosas y de las personas. Es un sistema semántico y metodológico para atribuir una determinada estructura a la experiencia e interpretarla a partir de sus mismos elementos sistémicos.

---

síntomas. La queja, que es un gesto, posee connotaciones culturales distintas en los diversos grupos sociales, así como la expresión verbal de los síntomas (instancia descriptivo-lingüística).

<sup>238</sup> Byron J. Good, dice: "(...) it is difficult to avoid a strong conviction that our system of knowledge reflects the natural order, that it is a progressive system that has emerged through the cumulative results of experimental efforts, and that our own biological categories are natural and 'descriptive' rather than essentially cultural and 'classificatory'". B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 3.

Ahora bien, todo esto nos sugiere que el significado de la enfermedad (en las tres dimensiones que hemos venido considerando) no puede ser constituido si no en cuanto polisémico.

Lo que quisiéramos intentar analizar es la hipótesis según la cual *illness* y *disease* están en una relación semántica y experiencial tal que nos permite reconfigurar un concepto más amplio y más complejo de “enfermedad”.

Dicho con otras palabras, lo que nos preocupa aquí es poner en relación las connotaciones personales, que el sujeto enfermo atribuye a su propia experiencia del enfermar, con las connotaciones sociales que constituyen el significado cultural de esta misma enfermedad dentro de una comunidad y, en último, con las connotaciones médico-científicas (que, en última instancia, resultan ser una variante de las connotaciones sociales). La medicina es, de hecho, un sistema de conocimiento insertado dentro de un determinado contexto que recibe, de este mismo contexto, su legitimización.

Para hacer esto, se revela aquí necesario, en primer lugar, retomar en consideración un concepto que ya hemos encontrado en el primer capítulo, cuando hemos analizado el pensamiento de Paul Ricoeur. Se trata de actualizar el análisis hermenéutico-metafórico que Ricoeur había presentado en *Finitud y culpabilidad* a propósito de la construcción metafórica del mal según símbolos cultural-religiosos. Tal configuración, según Ricoeur, provenía de la estructura mitológico-antropológica que orienta la creación lingüística de las metáforas mismas. Estas construcciones son realizadas a partir de un proceso que desprende, lingüísticamente, la estructura de nuestras culturas. Decir esto implica, en primer lugar, afirmar la relevancia lingüística de la antropología (filosófica) que se constituye no sólo en cuanto disciplina,



sino, más profundamente, como análisis de la constitución humana y de su mundo.

En segundo lugar, nos parece necesario abrir el espacio a un análisis de tipo hermenéutico y, por ende, crítico de los significados que, constituyéndonos, concebimos en cuanto *background* cultural dentro del cual nacimos y que no a menudo consideramos como realmente contingente.

En tercer lugar, tal análisis crítico nos permite reconocer la entidad que tales metáforas poseen en nuestra existencia y el papel que ellas desempeñan en la creación de la estructura (que ya no parece ser tan ontológicamente necesaria) de nuestra propia forma de pensar, vivir y atribuir ulteriores significados a la experiencia humana, incluyendo en ella la experiencia del enfermar y del sufrir.

Lo que nos proponemos aquí es, pues, concentrar la atención sobre la estructura metafórica de la enfermedad. Como hemos anteriormente visto, la metáfora es, según lo que afirma Ricoeur en *La metáfora viva* (1975), una manera de estructurar y re-crear la realidad. Al atribuir el nombre de una cosa a otra distinta de la primera,<sup>239</sup> el lenguaje desprende su valencia y valor ontológico "fuerte": pone en relación dos cosas que, aparentemente, no tienen relaciones evidentes y, así haciendo, crea una tercera figura que no es simplemente nominal, sino que posee rasgos autónomos y que empieza a existir en cuanto entidad lingüística, es decir, ontológica.

El desarrollo y la aceptación dentro de una comunidad de hablantes, legitima tal nuevo uso lingüístico-metafórico en cuanto expresión dotada de sentido comprendida y compartida, que reconfigura la realidad del mundo.

---

<sup>239</sup> Según lo que Aristóteles afirma en la *Poética* (1457b).

Esto implica no sólo una nueva manera de ver tal mundo y de actuar en relación a ello, sino que presupone ya en sí, una base común en y a partir de la cual la metáfora misma puede nacer. Tal base está constituida por la misma comunidad semántica propia del grupo social tomado en consideración. La metáfora, con su proceso reconfigurativo, surge a partir de significados compartidos por los miembros de tal grupo y crea, modificándolos en el tiempo, nuevos significados: la metáfora pone en relación no sólo cosas entre sí distintas, sino enteras cosmovisiones; no sólo palabras o reconfiguraciones de la realidad, sino la dimensión semántica del individuo con la del grupo social; no sólo el ámbito lingüístico del sujeto, sino la entera identidad lingüística de una comunidad.

Esto quiere decir que, en primera instancia, los significados compartidos previos aseguran una continuidad de comprensión de la metáfora misma dentro de la comunidad lingüística considerada; y, en segunda instancia, que la metáfora se revela entonces, en cuanto dimensión narrativa holista.

La metáfora puede ser considerada en cuanto una de las unidades orgánicas (en cuanto viva) de aquel holismo narrativo que hemos anteriormente examinado.

Lo que quisiéramos ahora intentar analizar es tal holismo metafórico-narrativo propio del concepto de enfermedad en la coacción de atribución de significados por parte del sujeto-persona enferma y de la sociedad (cultural y médica).

Esto, como veremos, conllevará reflexiones sobre el sentido y el reconocimiento de la identidad personal del enfermo-paciente, y sobre los cambios de la misma identidad a nivel social, cambios que,

eventualmente, pueden verificarse a causa de la construcción de tales metáforas.

## 8.2. La construcción metafórica de la enfermedad

Lo que hemos hasta ahora dicho se presenta en cuanto discurso polémico. No se trata, en realidad, de una crítica al concepto de enfermedad elaborado y creado por la medicina actual, ni de la expresión de una desconfianza en la medicina contemporánea. Se trata más bien de una acción de desenmascaramiento de algunos de los prejuicios que se esconden tras las seguridades que nuestro pensamiento fuertemente occidental nos propone en el ámbito del cuidado de nosotros mismos, del otro y frente al perfil de la enfermedad y de la muerte.

Lo que está aconteciendo, pues, en el panorama contemporáneo de la práctica ética de la medicina, es el asomarse de un nuevo modelo de organización y control de la experiencia de la narratividad. Desde la perspectiva dualista y reductiva del modernismo,<sup>240</sup> que veía la experiencia de la enfermedad articulada en los mecanismos de la biomedicina, se está ahora pasando al desarrollo de un nuevo paradigma lingüístico que intenta desplegar los elementos culturales, psicológicos, emocionales y existenciales de la experiencia del enfermar.

---

<sup>240</sup> Veremos tales conceptos en los próximos párrafos.

Se trataría entonces de un lento deslizamiento de dimensiones: desde el modelo biomédico del modernismo, se hablaría ahora de un modelo *biocultural* posmoderno.<sup>241</sup>

Tal término quiere subrayar la naturaleza ambivalente de la experiencia de la enfermedad, que se presenta, pues, en el cruce entre biología y cultura.<sup>242</sup>

El modelo biocultural permite una consideración, dentro de un ámbito que hasta ahora había sido monopolizado por la dimensión técnico-científica, de más amplio sentido en la medida en que se ha reconocido la complejidad de una identidad humana que ya no está constituida por una transparencia positivista. Se trata, realmente, de un amargo descubrimiento.

Sin embargo, tal modelo toma en consideración una constitución holista del ser humano que ahora viene a ser visto como parte integrante de un conjunto semántico construido por él mismo y por el desarrollo de una cultura y de una historia.

Más profundamente, podríamos decir que el modelo biocultural está constituido por una convivencia o sincretismo de códigos que concurren a constituir el espesor semántico de una dimensión cual es la de la enfermedad. Morris llama a tal sincretismo *double coding*.<sup>243</sup>

---

<sup>241</sup> Tal término viene usado por la primera vez, en este contexto, por D. B. Morris, en D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 8. Sin embargo, su primera ocurrencia se encuentra en *Illness and culture in postmodern age*, University of California Press, Berkeley Los Angeles, 1998.

<sup>242</sup> Morris dice: "If experience is always inflected by culture, the illness too is ultimately, though not exclusively, shaped by the cultures in which we live. In effect, illness from a postmodern perspective is always created at the crossroads of biology and culture." D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 8.

<sup>243</sup> Cfr. D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 9, donde se dice: "The most prominent feature that distinguishes the biocultural model (a feature capable of endless permutations) is the process of 'double coding'". Morris explica que este

La reflexión sobre el *double code*, en el ámbito de la enfermedad, evidencia la complejidad de la estructura experiencial humana, estructura en la que confluyen elementos culturales, históricos, sociales, religiosos, mitológicos, metafóricos, etc...El *double code* sería, pues, el conjunto de tales elementos que convergen todos en la definición psicológico-cultural de la enfermedad de un sujeto, insertado dentro de una determinada sociedad histórica: desde las estrategias defensivas, a las tácticas de adaptación, hasta la presión social hacia el enfermo, y al juicio moral y psicológico de la enfermedad misma.<sup>244</sup>

Esto nos sugiere que lo que se esconde detrás de toda posible definición de estados cuales el de enfermedad y de salud, es una construcción de valores dictados por el específico perfil de una particular sociedad.<sup>245</sup>

Como hemos anteriormente visto, la estructura cultural de un grupo social es lo que define los significados existenciales que se presentan dentro del grupo mismo, la manera de reaccionar frente a ellos y frente a los acontecimientos más dramáticos, las estrategias de defensa y de adaptación. La cultura, en pocas palabras, define también la constitución de las sensaciones físicas, la percepción del dolor y del

---

término pertenece al ámbito de la arquitectura. Tal expresión había sido usada por el historiador Charles Jencks a la hora de describir el movimiento que venía caracterizando la arquitectura en el siglo XX. Jencks describe tal arquitectura como caracterizada por dos tipos distintos de códigos o estilos que coexisten en un única composición.

<sup>244</sup> Cfr. D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 9. Morris sigue diciendo que en realidad, en la actual sociedad, el modelo biocultural toma ahora también la forma de los perfiles económicos inventados por el consumismo en ámbito médico que sugiere la insidiosa idea de que la salud se ha vuelto un bien de consumo, un producto y una comodidad cuya falta abre el espacio para la sospecha de una falta personal.

<sup>245</sup> Morris dice: "A biocultural model means that beliefs shape perception and alter bodily processes. It means that cultures shape beliefs. It means that illnesses occur in people who live in cultures that affect illnesses." D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 10.

sufrimiento, ofreciendo códigos de expresión que puedan ser comprendidos por los demás miembros, y que puedan ser aceptados como legítimos por los mismos.<sup>246</sup>

Esto nos lleva a concluir que también el concepto de enfermedad, que parece, según el modelo modernista, un concepto científicamente definido, es decir, absolutamente definido, en realidad es un concepto culturalmente estructurado. En pocas palabras, la noción de enfermedad posee una construcción semántico-metafórica cultural irreductible.

Ahora bien, esto quiere decir que, en una dada sociedad, las metáforas que constituyen la construcción semántica de una enfermedad, funcionan también en parte como modelos explicativos de la enfermedad misma y de la vivencia de ella.

Susan Sontag ha analizado este tipo de argumento en su *Las metáforas de la enfermedad*,<sup>247</sup> libro compuesto por dos partes escritas en la distancia de pocos años, distancia durante la cual surgió y se expandió el horror y el pánico por el descubrimiento y la difusión de la infección por el HIV.<sup>248</sup>

---

<sup>246</sup> Ivan Illich dice: "La experiencia dolorosa que resulta de los mensajes de dolor recibidos por el cerebro depende, en su calidad y en su cantidad, de cuatro factores por lo menos, además de la naturaleza y la intensidad del estímulo, a saber, la cultura, la ansiedad, la atención y la interpretación." I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 122. Esto actualiza lo que Merleau-Ponty había declarado en su *Fenomenología de la percepción*. La cultura in-forma nuestra constitución ontológica radicalmente.

<sup>247</sup> S. Sontag, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002.

<sup>248</sup> De hecho, en la primera parte del libro, Sontag analiza las metáforas que constituyen la definición cultural de la tuberculosis y del cancro; mientras en la segunda analiza las nuevas connotaciones que, en el 1984, se empiezan a atribuir al SIDA y, sobre todo, a las personas infectadas por el virus. En tal sentido, resulta muy interesante ver cómo tales connotaciones hayan, en un cierto sentido, todavía tímido, cambiado. En el 1984 la sociedad se encontraba frente a un fenómeno completamente nuevo y que se presentaba asombroso por las dimensiones de sus consecuencias. En la distancia de casi 20 años el SIDA ha perdido muchas de las connotaciones que tenía entonces, cambiando así también la percepción de su

Tesis de Sontag es que la construcción de las metáforas influye y condiciona la manera vivencial de experimentar y de existir dentro de la enfermedad. En su libro, Sontag analiza la construcción metafórica asociada a la difusión, primeramente, de la tuberculosis, tomando en consideración las distintas connotaciones aplicadas a tal enfermedad, y luego de la contemporánea enfermedad del cancro. Gracias a un estudio paralelo, llevado a cabo entre el campo de la literatura y de la antropología, Sontag nos sugiere la idea de que la carga semántica asociada con la enfermedad genera significados que, necesariamente, desembocan en la producción de significados morales.<sup>249</sup> Consecuencia de esto, sería una actitud psicologizante que atribuiría al enfermo mismo la responsabilidad (moral, obviamente) de su propia enfermedad.

Lo que Sontag propone es, entonces, una desmitificación de la enfermedad en sí.<sup>250</sup>

---

constitución. En este sentido, desarrollo investigativo y construcción metafórica resultan ineluctablemente relacionadas: gracias al mayor conocimiento que tenemos actualmente, por lo menos de las modalidades de contagio, ha sido posible modificar algunas de las primeras metáforas, relacionadas con el miedo de la incertidumbre, que había en los '80.

<sup>249</sup> R. Gunderman dice: "In recent times, epidemiological research has transformed venerable moral vices such as sloth, gluttony, intemperance, and fornication into medical risk factors- sedentary lifestyle, obesity, alcoholism, and unsafe sex. Implicit throughout is a causal association between habit and health, according to which the afflicted may be regarded as the instigators of their own bodily misfortune." R. Gunderman, *Illness as failure. Blaming patients*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 4, July-Aug. 2000, (7-11), pg. 7.

<sup>250</sup> Ella dice: "Le teorie psicologiche della malattia sono un mezzo poderoso di gettare la colpa sul malato. Spiegare ai pazienti che sono loro stessi la causa, involontaria, della propria malattia significa anche convincerli che se la sono meritata. (...) Non c'è niente di più punitivo che attribuire a una malattia un significato, poiché tale significato è invariabilmente moralistico. Qualsiasi malattia importante che abbia cause oscure e terapie inefficaci, trabocca tendenzialmente di significati. (...) La malattia stessa diventa una metafora. (...) La malattia diventa aggettivale. Si dice che qualcosa le assomiglia, intendendo dire che è brutto o disgustoso." S. Sontag, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002, pgg. 61-63.

Esto implica muchas ulteriores reflexiones. En primer lugar, la sociedad se revela en cuanto un órgano vivo, capaz de producir medios de supervivencia y de adaptación a través de la creación lingüística de metáforas que interpretan la realidad y los acontecimientos que suceden a uno de sus miembros o al grupo en su conjunto.<sup>251</sup>

Las metáforas, así como los nombres dentro de una proposición, poseen significados sólo dentro de un contexto social bien definido.<sup>252</sup> Más aún, es el contexto que crea la metáfora misma y, por ende, su significado. Como hemos visto, las metáforas, a su vez, modifican la constitución de

---

<sup>251</sup> Sin embargo, es innegable el hecho de que la difusión del sistema capitalista haya cambiado notablemente la concepción alrededor de la enfermedad y de la muerte. En la antigüedad enfermedad y muerte eran eventos igualmente dolorosos, pero entraban dentro del conjunto de acontecimientos que se verifican en la vida de cada ser humano. Enfermedad y muerte eran eventos normales, por los cuales obviamente se sufría, pero no venían rechazados, sino que venían aceptados. Illich dice: "Las culturas tradicionales hicieron a cada uno responsable de su propia conducta bajo la influencia del mal o la aflicción corporales. Se reconocía el dolor como parte inevitable de la realidad subjetiva del propio cuerpo de uno en la que cada cual se encuentra constantemente a sí mismo y que constantemente está siendo modelada por las reacciones conscientes del cuerpo hacia el dolor. El sufrimiento significaba la influencia de sensaciones dolorosas o angustiosas." I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 120.

Muy al contrario, con la difusión del sistema capitalista y de la tecnologización de la existencia humana entera y, dentro de ella, también de la medicina, se ha difundido la idea de que la muerte y la enfermedad son eventos que tenemos que combatir, en contra de los cuales tenemos el derecho y la obligación de luchar con todas nuestras fuerzas y a cualquier precio. Esto ha contribuido a la difusión de la idea según la cual la salud es un producto que se puede comprar al precio de comodidades que se pueden buscar en las farmacias, en las clínicas, o hasta en los supermercados. Todo esto, en realidad, no hace nada más que reforzar y retroalimentar el capitalismo sanitario mismo, creando barreras y abismos culturales entre la dimensión médica de nuestra sociedad y los miembros "profanos", y sobre todo aumentando la supermedicalización de la existencia humana misma. Para esto véase el brillante y cáustico libro de Ivan Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral editores, Barcelona, 1975. A pesar de que tal reflexión quizás se presente como un poco exagerada, no se puede negar que las críticas llevada allí a cabo son seguramente interesantes e inducen a una consideración en escala macroscópica de las actitudes de una sociedad que ya ha entrado en una fase en la que la palabra de orden es la obsesión por la seguridad y por la renovabilidad de los recursos. Creemos que esto quiere decir que nuestra sociedad está enferma, enferma de neurosis paranoica típica de quien ha perdido la capacidad de ejecutar su espíritu crítico.

<sup>252</sup> Cfr. Ricoeur, MV, pg. 104, donde se habla del teorema contextual del significado.



la realidad: la semántica metafórica se revela, pues, como acción creadora de nuevos horizontes de sentido. Las metáforas estructuran su contexto y vienen creadas por ello. Tal relacionalidad semántica configura también el orden vivencial de las experiencias humanas.

En segundo lugar, la construcción de metáforas es casi siempre un mecanismo humano de configuración simbólica del sentido de la realidad. La configuración simbólica, a su vez, desemboca en una configuración ontológica del mundo real.

Sin embargo, es preciso señalar que en algunas ocasiones, tal atribución puede ser una acción coercitiva dirigida a la manipulación de las formas de representación de la realidad misma.<sup>253</sup>

En tal ámbito, puede entrar también la crítica elaborada por Sontag, a pesar de que su discurso se presente como más amplio. No compartimos, sin embargo, completamente su planteamiento. Seguramente, es verdad que moralizar la enfermedad conlleva consecuencias desastrosas para el enfermo, en cuanto lo estigmatiza de manera irreductible. Sin embargo, no estamos convencidos del hecho de que todo significado atribuido o atribuible a la enfermedad sea necesariamente y en absoluto un significado moral relacionado con la enfermedad misma. Ya veremos más adelante en qué sentido afirmamos esto.

---

<sup>253</sup> Hablamos de "representación" en relación exclusiva al concepto de manipulación. En realidad, en nuestra concepción de la metáfora no puede entrar la noción de representación. La metáfora no es representación de la realidad, sino forma de configuración de la realidad misma. La metáfora posee una fuerza ontológica que la representación no alcanza. Esto, por ejemplo, es evidente en todas aquellas ocasiones de manipulación, por parte de un estado, que explota el ámbito sanitario para instaurar un régimen de miedo y ejecutar un control de las masas. En tales dinámicas, en general, la manipulación se realiza gracias al uso de una representación (obviamente la deseada y funcional a la manipulación misma) de las enfermedades o de medios médicos.

En tercer lugar, desarrollo médico-científico y elaboración de metáforas, son procesos que se encuentran en una entrañable relación. Las construcciones metafóricas se articulan en los tres niveles de enfermedad en cuanto *illness*, *disease* y *sickness*. Sin embargo, nos parece que el desarrollo y la creación de metáforas, es más fecundo cuando en la sociedad domina una ignorancia científica sobre una enfermedad particular (causas, terapias, profilaxis, etc...). En el caso del SIDA esto es notable. En los primeros años de manifestación y difusión del virus, dominaba una confusión total hasta en el ambiente médico. En este contexto nacieron y se multiplicaron metáforas e instancias semánticas que dieron lugar a un proceso de discriminación hacia los enfermos.

Lejos de liberar totalmente nuestras sociedades de estas formas de discriminación, ahora la medicina ha ofrecido modelos explicativos de la enfermedad y de las modalidades del contagio: consecuentemente a esto, las metáforas han cambiado. La enfermedad, en sí misma y gracias al desarrollo investigativo, ha perdido muchos de sus rasgos semánticos originarios.

Esto quiere decir que existe una relación entre producción metafórica y desarrollo científico-médico. Las metáforas, evidentemente, son tentativas primarias de modelos explicativos que intentan atribuir sentidos a acontecimientos viceversa incomprensibles. Las metáforas despliegan la realidad vivencial de los seres humanos. En el momento en que otros medios contribuyen a explicar y a hacer más comprensible tales acontecimientos, las metáforas cambian o, como diría Ricoeur, mueren.

La diferenciación de los niveles semánticos de la palabra "enfermedad", correspondería, pues, a una diferencia entre las

tipologías de metáforas. Así, por ejemplo, existen las metáforas de la *illness* que constituyen la base para los modelos explicativos elaborados por el sujeto enfermo y el grupo social alrededor suyo; las metáforas de la *disease*, constituidas por los modelos explicativos del médico; y, finalmente, las construcciones metafóricas de *sickness*, es decir, los modelos científicos en macroescala de conocimiento y divulgación. La interrelación de todas estas formas metafóricas, constituye la cultura y la realidad médica de cada determinada sociedad, y ofrece a los sujetos miembros las opciones comportamentales y terapéuticas para enfrentarse a la vivencia de la enfermedad y al entero proceso del enfermar. Al mismo tiempo, como hemos visto, tal inter-correlación de elementos metafóricos constituye también el lenguaje común y compartido para expresar y a partir del cual se expresa el estado de enfermedad; tal *koiné* lingüística suscita en los demás miembros de la comunidad una respuesta y una reacción al acontecimiento del enfermar que se transforma, entonces, en evento.<sup>254</sup>

La enfermedad logra el significado de sufrimiento, justamente, en cuanto la relación entre el cuerpo y el sí está mediada por símbolos (religiosos, culturales, morales, espirituales, etc...) compartidos por la sociedad.<sup>255</sup> La construcción metafórica de la enfermedad estructura, pues, la experiencia del individuo y de los sujetos alrededor suyo. La configuración semántica de la enfermedad influye sobre el desarrollo de la sensibilidad perceptiva del individuo particular. Esto quiere decir que las metáforas delinear también los roles sociales que cada

---

<sup>254</sup> Kleinman dice: "We might say that culture fills the space between the immediate embodiment of sickness as physiological process and its mediated experience as human phenomenon." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 27.

<sup>255</sup> Cfr. A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 27.

miembro tiene que asumir en los distintos momentos experienciales. A tal diferenciación comportamental corresponde también la apertura de un más o menos amplio espectro de opciones prácticas de conducta que, en el caso de la enfermedad, llega a ser constituido también por las eventuales posibilidades terapéuticas para elegir.

En pocas palabras, la construcción metafórica de la enfermedad constituye el *humus* vivencial sobre el cual crece y se articula la experiencia, sustrato que otorga también significado a las experiencias mismas en un plano narrativo-metafórico compartido y juzgado según los parámetros establecidos por la comunidad misma.

Sin embargo, no es la metáfora que crea la enfermedad. La metáfora viene creada en cuanto interpretación de los acontecimientos y de la realidad misma, como mediación simbólica entre la realidad del mundo y la realidad humana.<sup>256</sup>

Podríamos entonces decir que las construcciones metafóricas, que constituyen el perfil de la enfermedad, corresponden a lo que Kleinman llama *explanatory models*.<sup>257</sup>

Ahora bien, los *explanatory models* están constituidos por todas aquellas nociones que el enfermo, su familia y el médico manejan durante un

---

<sup>256</sup> Sontag dice: "Non voglio dire che la metafora crei il concetto clinico: sostengo invece che non si limita a sanzionarlo, ma fa molto di più: fornisce un supporto a un'interpretazione della manifestazione clinica che è lontana dall'essere dimostrata o anche solo dimostrabile." S. Sontag, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002, pg. 117.

<sup>257</sup> Él dice: "“Disease affects single individuals, even when it attacks a population; but illness most often affects others as well (...). In some cultures, the illness is believed to be constituted by both the affected person and his family; both are labeled ill. (...), disease and illness are explanatory concepts, not entities. Their components (...), though features of the 'real'world, can only be understood as part of pictures assembled by our explanatory models, in which these elements form coherent patterns. Our explanatory models enable us to see disease/illness as ideal-type relationships, and it is in terms of those models that we identify, assemble, and interpret the clinical evidence that confirm these relationships." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 73.

episodio de enfermedad, y son una respuesta que viene formulada por parte del individuo y de su grupo social (todos involucrados en el proceso clínico) a una circunstancia extraordinaria y urgente. Podríamos decir que son representaciones culturales de la experiencia vivencial de una determinada comunidad.<sup>258</sup> Los modelos explicativos intentan interpretar y, por ende, explicar los acontecimientos de la enfermedad y, al mismo tiempo, legitimar e incorporarlos dentro de la concepción de la vida misma de la comunidad.<sup>259</sup>

Los modelos explicativos son, por ende, formas narrativas que intentan otorgar una coherencia lógica al surgir de un episodio de enfermedad: son, pues, tentativas de dar un sentido al proceso, aparentemente paradójico, del enfermar y del morir dentro de un grupo humano. Tales formas narrativas expresan y condensan en sí el simbolismo cultural propio de un grupo social acerca de las enfermedades. Por tanto, las experiencias personales, familiares, las creencias religiosas y morales, influyen sobre la elaboración de tales modelos explicativos. Esto quiere decir que los *explanatory models* poseen un sentido reconocido sólo dentro de la comunidad dentro de la cual han sido formulados. Ellos poseen un carácter altamente histórico e idiosincrático, siendo sujetos a cambios y contradicciones dentro de la comunidad misma a causa de

---

<sup>258</sup> Cfr. A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 121.

<sup>259</sup> Kleinman dice: "Disease and illness exist, then, as constructs in particular configurations of social reality. They can be understood only within defined contexts of meaning and social relationships. (...) they are explanatory models anchored in the different explanatory systems and social structural arrangements comprising the separate sectors (and subsectors) of local health care systems. Disease/illness can be thought of as expressing different interpretations of a single clinical reality, or representing different aspects of a plural clinical reality, or creating different clinical realities." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 73.

la estricta relación existente entre ellos y el mundo experiencial de quienes los formula.

Ahora bien, según Kleinman, los *explanatory models* intentan responder principalmente a cinco grandes cuestiones:

- etiología;
- tiempo y modalidad del comienzo de los síntomas;
- patofisiología;
- curso de la enfermedad;
- tratamiento.

Sin embargo, los *explanatory models* no van confundidos con las generales creencias divulgadas en una comunidad humana alrededor de la enfermedad, sino se presentan como las respuestas de adaptación que un individuo y su entorno social elaboran en ocasión de un determinado episodio de enfermedad.<sup>260</sup> Los *explanatory models* se revelan, entonces, de fundamental importancia: guían el proceso cognitivo y aprehensivo del enfermar y delinean las opciones disponibles entre terapias y terapéutas, configurando así el contexto operativo de la experiencia del sujeto y de su familia. En este sentido, hacen posible la “relacionalidad” entre la dimensión significativa y semántica de la enfermedad a nivel comunitario y personal (*illness*) y la dimensión médica del proceso de la enfermedad misma (*disease*). Semántica personal y semántica médica, pues, vienen a delinear el perfil de una experiencia que involucra significados de más amplio respiro: en el intercambio de los modelos explicativos se configura la manera de enfrentarse al sufrimiento, a las dificultades prácticas clínicas y a la elección de las terapias, sea por parte del profesional sanitario

---

<sup>260</sup> Para todo esto, véase A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 105-106.

sea por parte del enfermo y de su familia. Se puede entonces decir que, a través del estudio de la tipología de los modelos explicativos médicos, se puede delinear la manera en la que el profesional sanitario entiende e interpreta la enfermedad (*sickness*); asimismo, a través del estudio de las explicaciones que el enfermo da de su propio estado, se puede intuir su modo de buscar y recrear un sentido a su propia identidad y a su existencia puesta a prueba. Y la interacción de estas dos tipologías distintas de modelos explicativos nos abre el espacio al análisis del proceso comunicativo que se establece entre médico y paciente.<sup>261</sup>

Los modelos explicativos son, pues, procesos de negociación llevados a cabo por los que participan en el contexto de la cura, procesos que acontecen dentro de un cuadro y un marco social que los mismos participantes comparten y aceptan (a pesar de que no lo reconozcan conscientemente).

Esto quiere decir que los modelos explicativos se encuentran involucrados en el reconocimiento y en la asignación de los roles sociales propios de una comunidad.

Los *explanatory models* vienen a ser formulados en el momento en que se ha reconocido el sufrimiento de un miembro del grupo. Esto implica que los modelos explicativos tienen también la función de interpretar

---

<sup>261</sup> Cfr. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pg. 105. Kleinman dice también: "The elicitation of the patient and family explanatory models helps practitioners to take the patient's perspective seriously in organizing strategies for clinical care. Practitioners' effective communication of their models in turn assists patients and families to make more useful judgments (...). Negotiation among patients and practitioners over salient conflicts in models can remove an important barrier to effective care and almost always contributes to more empathic and ethical treatment. Practitioners' inattention to the explanatory models of patient and their families (...) impedes the therapeutic relationship and undermines the communicative foundations of care." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 122.

cognitivamente los síntomas de una enfermedad y de permitir al sujeto de venir legitimado en su rol de enfermo. Más adelante veremos cómo este discurso nos llevará a plantear un cambio de la identidad personal y social del sujeto enfermo.

Lo que ahora nos interesa subrayar es el hecho de que las explicaciones legitiman el uso de "etiquetas" comportamentales estandarizadas dentro de la sociedad tomada en consideración. Tales etiquetas son, pues, interpretaciones del estado de enfermedad, y poseen un irreductible carácter cultural.<sup>262</sup>

Así que podríamos concluir diciendo que la cultura compartida de un grupo social ofrece los sustratos semánticos para la creación de metáforas que moldean las formas de percepción y de interpretación de los acontecimientos que suceden en la realidad del mundo. Dentro del ámbito médico-sanitario, tales metáforas perfilan el modo de describir, expresar e interpretar los síntomas y el estado de enfermedad.<sup>263</sup> A partir de la construcción metafórica de la enfermedad (entendida en cuanto *illness*, *disease* y *sickness*) vienen

---

<sup>262</sup> Kleinman afirma: "Personal and family beliefs and experiences, and through them culture and social system, are powerful influences on these processes. (...) The label he [the sick person] applies to subjective feelings or objective signs will in itself exert a powerful influence, and that label is *always* a cultural category. (...) In applying the label, the afflicted person and his family make use of the explanatory accounts available to them in a particular cultural, historical, and health care sector context. (...) Thus, through labeling and other cognitive processes, symptoms are socially constructed." A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980, pgg. 75-77.

<sup>263</sup> B. Good dice: "Illness is relative to the cultural and ethical forms of a particular society. Any truly scientific psychology must recognize the cultural relativity of pathology, rather than simply assume that our own illness forms are part of human nature and therefore universal. Embedded in this formulation was the claim that illness representations or understandings of abnormality are not simply more or less accurate theories of a phenomenon external to culture, but that such representations constitutes the very phenomenon itself. Pathology is an essentially cultural object, in this formulation, and representations are part of the very essence of the object." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pgg. 34-35.



edificados significados que asumen caracteres eventualmente morales, psicológicos, culturales.

Tales procesos de atribución semántica, a pesar de que sean altamente peligrosos, sobre todo en su variante moralista, en realidad reflejan la necesidad, peculiarmente humana, de buscar y atribuir significados a acontecimientos que no tienen explicación racional al alcance. Ahora bien, la labor de la teoría hermenéutica, en tal sentido, es la de desenmascarar tales procesos mistificatorios de la enfermedad, y de llevar a cabo un proceso analítico narrativo y lingüístico profundos. De hecho, todos estos elementos que hasta ahora hemos venido considerando (construcción metafórica de la enfermedad, *explanatory models*, diferenciación entre *illness*, *disease* y *sickness*), poseen una valencia lingüística fuerte, que moldea nuestra realidad de manera determinante. Lo que nos interesa ahora hacer es seguir bajando en tal análisis, concentrando más nuestra atención justamente sobre este aspecto narrativo de tales elementos.

De hecho, sea las construcciones metafóricas sea la elaboración de *explanatory models* confluyen en la producción y dan vida a un específico género literario, desarrollado justamente en el ámbito de la atención sanitaria: la *patografía*.

### 8.3. Pathography

El término *pathography* viene presentado por A. Hunsaker Hawkins en su *Reconstructing illness: studies in pathography* (1993)<sup>264</sup> y viene allí definido como "A form of autobiography or biography that describes

---

<sup>264</sup> A. Hunsaker Hawkins, *Reconstructing illness: studies in pathography*, Purdue University Press, West Lafayette Indiana, 1993, segunda edición 1999.

personal experiences of illness, treatment and sometimes death." (pg. 1). La introducción de este término, nos permite distinguir entre los ámbitos de la biografía o autobiografía desde el punto de vista subjetivista de la enfermedad (*illness*) y la elaboración de un caso-historia desde el punto de vista médico (*disease*).<sup>265</sup>

Tal género literario ha tomado más bien el nombre de *illness narrative*, que podría ser explicado como representación narrativa de la enfermedad y, más en profundidad, como representación de la identidad personal dentro del contexto de la experiencia y de la vivencia de la enfermedad.<sup>266</sup>

Ahora bien, podríamos entonces decir que la representación narrativa es lo que estructura la experiencia propia del enfermar y quizás, la enfermedad misma. Más aún, podríamos decir que tales representaciones narrativas vienen a crear y a reconstruir un contexto de sentido a partir de los significados que personal y culturalmente *informan* la constitución del sujeto mismo que se enferma. Los significados desplegados dentro de su narratividad vienen entendidos, aceptados o rechazados por la comunidad en la que el relato viene a ser expresado. Como hemos visto, además, el relato viene a ser formulado dentro de un contexto de significados y de valores ya existentes, gracias a la formulación y a la cristalización de metáforas que expresan la visión de la realidad de un cierto grupo humano. La narratividad de los relatos sobre la enfermedad inhiere y están formulados a partir de estas

---

<sup>265</sup> Cfr. R. A. Carson, *The hyphenated space: liminality in the doctor-patient relationship*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. 174.

<sup>266</sup> Byron Good dice: "(...) I examine in more detail the role of narrative in the constitution of illness and illness experience. In particular, I am interested here in exploring how illness narratives are structured in cultural terms, and how these reflect or give form to distinctive modes of lived experience." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 136.

metáforas que constituyen también el sentido común de los *explanatory models*. Podríamos, pues, decir que las representaciones narrativas de la enfermedad ven confluír en su propia formulación, elaboración y expresión, todos aquellos elementos lingüísticos que constituyen la cultura popular, médica, religiosa, etc.. de una comunidad social.

Ahora bien, las preguntas que subyacen al interés por la representación narrativa de la enfermedad, tienen que ver, sobre todo, con la compleja relación existente entre construcción semántica personal y social. B. Good propone algunas de estas preguntas<sup>267</sup>: ¿los relatos sobre la enfermedad vienen a ser producidos a partir y dentro de la vida del que sufre y delimitan líneas comportamentales y de conducta, o se encuentran más bien dominados por los hitos de una semántica cultural?. ¿Cuál es la relación entre el relato y la experiencia del dolor mismo?. ¿En qué medida los relatos dibujan eventos realmente acontecidos durante el curso de la enfermedad, y en qué sentido estructuran la experiencia del dolor?. ¿Y cuál es la influencia y el impacto de los valores existentes en la sociedad a la hora de estructurar y elaborar estos mismos relatos que parecen dibujar el perfil de la experiencia misma? Dicho en otras palabras: ¿en qué medida una historia refleja la realidad de los eventos, o los selecciona y reorganiza en una estructura socialmente establecida, y en qué medida la vida social media y estructura los mismos términos narrativos a través de los cuales se expresa?

Intentaremos contestar a cada una de estas preguntas, en modo discursivo.

Según lo que hemos venido viendo, la constitución de la persona se presenta en cuanto irreductiblemente interrelacional. Esto quiere decir

---

<sup>267</sup> Cfr. B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pgg. 135-139.

que, la identidad de cada individuo se despliega a partir de tales interrelaciones con su propio ambiente y con el mundo de los demás, es decir, dentro de una red social que existe en el tiempo. Esto significa que la identidad humana es profundamente holista, sea en relación a la red social en la que viene a existir, sea en relación al tiempo en el que existe. Hemos visto, pues, que la identidad personal viene a ser delineada según una labor hermenéutica infinita que parte de la interpretación de un pasado personal; de una constitución corpórea; de una herencia histórica cultural que despliega la apertura a una serie de variaciones imaginativas. Tales variaciones otra cosa no son sino la “proyectividad”, en el tiempo futuro, de un pasado que siempre se autointerpreta y se autoreconoce en cuanto identidad de una persona física, concreta y presente. Las variaciones imaginativas distienden la capacidad de la persona de autoestimarse capaz de realizar un horizonte total de sentido (que, como vimos, Ricoeur denominaba *felicidad*). Por tanto, perfilan una serie de líneas comportamentales de desarrollo de la constitución futura de la persona misma, a partir, justamente, de la labor interpretativa de su propio pasado y de su propio ámbito cultural. Esto quiere decir, en pocas palabras, que la persona es una “proyectualidad” hermenéutica que arraiga sus profundidades en un pasado no completamente intencional, en una identidad dinámica no completamente autotransparente, y en un futuro por construir a partir del presente.

Hemos también visto como la identidad narrativa se presenta en cuanto intersección entre los problemas planteados por las aporías de la cuestión del tiempo, y las aporías del problema de la referencia-a-sí y de la teoría de la referencia identificante; entre el perfil de una *mismidad* y una *ipseidad* relacionadas a una fundamental y constitutiva

*alteridad*; entre una pragmática y una semántica lingüística que desembocan en una teoría de la reflexividad de la enunciación que, sin embargo, no puede renunciar a la constitución pre-originaria de una persona encarnada. En pocas palabras, la identidad narrativa resulta ser el elemento relacional que une las distintas dimensiones de la persona humana dentro de un marco identificativo temporal y espacial determinado, que es el de la vida de cada sujeto dentro de un grupo social que construye su propia historia a partir de la memoria (narrativa). En tal sentido podríamos decir que es imposible (ni deseable) separar la identidad de la persona de la del grupo social-cultural al que pertenece. Hemos dicho, anteriormente, que la identidad personal se presenta en cuanto holista: esto quiere decir que la constitución del individuo viene a ser forjada dentro de tal ambiente holista e interrelacional. La experiencia es, por tanto, experiencia que acontece dentro de coordenadas espacio-temporales que son las propias de la existencia de cada cual y de la de un grupo humano, es decir, de una existencia interrelacional que existe dentro de un determinado marco histórico y cultural. En este sentido, la narratividad que otorga el sentido a los acontecimientos, transformándolos en experiencia humana, es una construcción metafórico-lingüística propia de una semántica personal y social compartida. Esto no quiere decir que existe una predominancia o una preeminencia de la semántica social sobre la construcción semántica de la persona individual, ni viceversa. Lo que queremos aquí sostener, y que nos hemos esforzado de defender hasta ahora, es la compenetración de tales dimensiones semánticas en el proceso de construcción y de interpretación de los significados que se dan en el mundo de la vida y de los demás.

La narratividad, también en el contexto de emergencia de la enfermedad, está compuesta por la fusión de tales elementos (individuales y comunitarios) que confluyen en la elaboración de un lenguaje que permite, a cada miembro del mismo grupo social, llevar a cabo una labor de reconocimiento y de legitimación del relato. Tal lenguaje está formado por una carga simbólica y metafórica irreductibles que componen las relaciones mismas entre el sujeto y la sociedad dentro de la cual está insertado. Las variaciones imaginativas, por tanto, son también construidas a partir de esta semántica de los símbolos que constituye el *background* de la expresividad narrativa de cada cual.

Existen complejas relaciones entre el estatuto experiencial del sujeto que habita un determinado contexto social, y la narratividad que perfila el sentido de los acontecimientos, reconfigurándolos en lo que comúnmente llamamos experiencia.<sup>268</sup>

La narrativización de la experiencia acontece dentro de un espacio de toma de distancia, necesaria para realizar el pensamiento en un lenguaje compartido.

A. Frank individua algunas distintas tipología de narrativización de la experiencia del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad. Tales tipos son, según él: *restitution narrative*, *chaos narrative*, *quest*

---

<sup>268</sup> Good dice: "We of course do not have direct access to the experience of others. We can inquire directly and explicitly, but we often learn most about experience through stories people tell about things that have happened to them or around them. Narrative is a form in which experience is represented and recounted, in which events are presented as having a meaningful and coherent order, in which activities and events are described along with the experiences associated with them and the significance that lends them their sense for the persons involved. But experience always far exceeds its description or narrativization. (...) experience is sensual and affective to the core and exceeds objectification in symbolic forms." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 139.

*narrative*.<sup>269</sup> Esta distinción se puede efectuar a partir de un análisis de la estructura y de la combinación de modelos narrativos disponibles dentro de la cultura social en la que el individuo vive.<sup>270</sup>

En la opinión de Frank, los *restitution narratives* poseen variadas perspectivas temporales, que estructuran su forma: pueden ser contados en sentido *perspectivo*, *retrospectivo* e *institucional*, según la intencionalidad de quien relata o según la respuesta que en el momento de contar necesita para orientar su acción o configurar la actual experiencia vivida. En pocas palabras, todas estas tipologías de narrativizaciones se distinguen por las relaciones que el sujeto que relata quiere instaurar con la dimensión de la temporalidad experiencial y con los otros miembros de la sociedad.

Así que, la *restitution narrative perspectivista* es una respuesta a los acontecimientos singulares, aislados y no insertados en una red más amplia de posibles experiencias futuras. Podríamos decir que es una narratividad caracterizada por una limitada variación imaginativa del sujeto, es decir, por una puntualidad relacional con el presente en el que se realiza el relato mismo: la "relacionalidad" con la temporalidad será, pues, limitada al momento que el sujeto que relata tiene interés en considerar.<sup>271</sup>

---

<sup>269</sup> Cfr. capítulos 4, 5 y 6 de A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995.

<sup>270</sup> Tales formas narrativas que se encuentran disponibles en la cultura propia de cada grupo social, se revelan así ser como una suerte de modelo narrativo establecido, listo para ser rellenado de un contenido cada vez distinto. Sin embargo, creemos que las cosas, vistas en tal perspectiva se revelan muy reductivas y simplistas. Además, estas mismas formas narrativas, pueden sí ser medio expresivo, pero pueden también constituir una enorme barrera expresiva para un sujeto que no se reconoce necesariamente en ellas. Dejaríamos, entonces, más bien abierto el espacio a la imaginación personal y a la fuerza expresiva de un sujeto que intenta configurar su experiencia de dolor según un sentido y un significado sí culturalmente compartido, sin embargo, exclusivamente distintivo.

<sup>271</sup> Contextualizando en el campo semántico de la enfermedad, Frank lleva este ejemplo: "I heard a perspective restitution story when I met a man who, I had been

La *restitution narrative retrospectiva*, en cambio, estructura la experiencia según el sentido cronológico del tiempo. Esto, en el caso de los relatos sobre enfermedades, es posible cuando los acontecimientos ya se hayan cerrados, constituyéndose así en una unidad narrativa conclusa. El inicio narrativo corresponde, casi siempre, al descubrimiento de la enfermedad (las modalidades de tal descubrimiento, las acciones siguientes, la decisión de buscar ayuda médica, la modalidad de elección de un médico, la terapia, y la cura), mientras que el final de la historia coincide con la conclusión del episodio de enfermedad (conclusión que, siendo contado, es siempre, dentro de lo posible, una buena y feliz conclusión).

En este tipo de narratividad, la identidad emerge en cuanto personaje delineado gracias y a través de la escansión temporal de la unidad narrativa del relato. La identidad del sujeto se autoreconoce en los límites temporales y semánticos del relato y asimila así la historia en cuanto propia. Identidad narrativa, estructura narrativa de la experiencia y temporalidad narrativa restituyen al sujeto que relata una posibilidad de autoreconocimiento y de autoafirmación.

Finalmente, la definición de *restitution narrative institucional* se refiere a los modelos culturales presentes en la sociedad en la que el relato viene a ser elaborado, expresado y presentado.

Ahora bien, podríamos entonces decir que tales tipologías narrativas sancionan el reconocimiento social de los roles atribuidos a cada personaje del relato e inauguran la emersión de una identidad

---

told, was about to undergo surgery for cancer. I told him I was sorry to hear he was ill. He looked at me as if he was not sure what I was talking about and then, changing his expression to sudden recognition of what I referred to, immediately assured me it was 'nothing'. (...) Later, following what turned out to be a long surgery and serious diagnosis, he might have needed a different story at a time when he lacked the energy to put one together." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 78.



quebrada por la irrupción, en el curso cronológico de la existencia, de un acontecimiento que revoluciona la dimensión temporal misma de la vida humana.<sup>272</sup> Tal irrupción desencadena una serie de acciones que vendrán luego contadas según la conclusión o según las intencionalidades del personaje-sujeto. Será, pues, el sujeto-personaje, que elegirá, según sus necesidades de adaptación psicológica, cómo reconfigurar su propia historia y su propia identidad quebrada en estos momentos de profundo dolor y desconocimiento. Al mismo tiempo, la elección de uno o de más modelos narrativos disponibles, se presenta como estrategia para legitimar el rol de enfermo dentro de la sociedad, rol que la misma sociedad, gracias a la escucha de los relatos, otorga. La narratividad sanciona los roles institucionales y sociales que cada uno de los personajes del relato asume en la temporalidad de la historia y de la experiencia.<sup>273</sup> La narratividad misma, siendo parte de un mundo semántico y valorativo compartido, viene a ser aceptada o menos por la sociedad, según su respuesta a las normas internas a la cultura. En este sentido, la narratividad confirma, en distintas medidas, los valores de la sociedad en la que viene a ser producida y creada, permitiendo a la sociedad de autoreconocerse en el intercambio interpersonal de interlocutores; asimismo, el sujeto que relata puede autoreconocerse o menos en los valores expresados por su misma narrativización de los acontecimientos. Así, podríamos decir que la expresión narrativa

---

<sup>272</sup> Frank dice: "The restitution narrative is a response to an interruption, but the narrative itself is above interruption." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 89.

<sup>273</sup> Frank dice: "Thus the 'sick role' describes behavior the sick person expects from others and what they expect from him. These expectations are *institutionalized* in such matters as sick leave from work and medical care; they are validated by social norms; they are *functional* for society as a whole; and they are *internalized* meaning that individuals regard their expectations around sickness as normal and natural." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 81.

elaborada y escuchada constituye la respuesta de adaptación a la enfermedad, no sólo del individuo, sino justamente de la entera comunidad social en la que el enfermo se encuentra. La enfermedad pone en riesgo las mismas relaciones holistas que constituyen no sólo la vida del sujeto, sino también la del grupo comunitario.

Es preciso notar también otros elementos. En primer lugar, la división en roles sociales en este ámbito particular, parece reflejar un tipo de narratividad modernista. La diferenciación de estos roles es una estrategia social de control, que se extiende al control de los cuerpos, vistos como mecanismos defectuosos que, gracias a la intervención médica, logran nuevamente su funcionalidad previa y normal.<sup>274</sup> Establecer una división de tareas por cada uno de los personajes, quiere decir intentar imponer un orden lógico a un acontecimiento que se caracteriza por su incomprendibilidad. En segundo lugar, la atribución de un rol, sobre todo en el caso del enfermo, constituye la tentativa de mediar el valor relativamente activo del personaje, el *agente*, que se encuentra ahora a ser transformado en personaje pasivo, es decir, enfermo, *paciente*. En tercer lugar, tales narrativas manifiestan la cosmovisión de la sociedad: en ellas se dibujan y se confirman conceptos tales como normalidad/anormalidad; reconocimiento/desconocimiento; salud/enfermedad; bueno/malo, etc...

---

<sup>274</sup> En este sentido, las *restitution narratives* intentan realizar en sí mismas el ideal de la ciencia en cuanto heroísmo de medios e intentos. Los médicos, en primer lugar, asumen este rol, que viene socialmente reconocido y apoyado. Frank dice: "The respective heroism of physicians and patients are complementary but asymmetrical. Each heroism is required by the other, but physicians practice an active heroism, while patients accept a passive heroism. This asymmetry is not a problem but the ill person who adopts this narrative as his own self-story thereby accepts a place in a moral order that subordinates him as an individual." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 93.

Las *restitution narratives* son, pues, relatos que, en formas distintas, intentan describir una aspiración o una concreta realidad de cura, de conclusión positiva. Son respuestas de adaptación social a la enfermedad que se apoyan en el espíritu comunitario mismo del grupo que requiere, para su seguridad psicológica, una predecibilidad de tales relatos.<sup>275</sup> Esto quiere decir que la respuesta social e individual a la enfermedad que se concreta en la elaboración de los relatos, pretende afirmar la posibilidad de un control sobre los eventos que rompen el curso normal del tiempo: las *restitution narratives* intentan así restaurar la memoria y el tiempo quebrados dentro del tiempo social. Tienden a afirmar la posibilidad de poder volver a realizar la misma conclusión en ocasiones futuras, es decir, tienden a dibujar un mundo moral y comportamental que sea estable.

El segundo tipo de narratividad, analizado por Frank, es: *chaos narrative*. Esta clase de narratividad es el exacto contrario de las *restitution narratives* : tal tipología describe el confín del dolor, a través de la confusión temporal y lingüística.<sup>276</sup>

Si la narratividad se basa en la interconexión y reconfiguración temporal que une y relaciona los variados acontecimientos relatados, entonces, las *chaos narratives* no constituyen narratividad.<sup>277</sup>

---

<sup>275</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 85.

<sup>276</sup> Frank afirma: "The teller of chaos stories is, preeminently, the wounded storyteller, but those who are truly *living* the chaos cannot tell in words. To turn the chaos into a verbal story is to have some reflective grasp of it. The chaos that can be told in story is already taking place at a distance and is being reflected on retrospectively. (...) In telling the events of one's life, events are mediated by the telling. But in the lived chaos there is no mediation, only immediacy. The body is imprisoned in the frustrated needs of the moment. The person living the chaos story has no distance from her life and no reflective grasp on it." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 98.

<sup>277</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 98: "If narrative implies a sequence of events connected to each other through time, chaos stories are not narratives. When I refer

El caos que se pretende expresar elimina la distancia autoreflexiva del sujeto que quiere relatar; elimina la capacidad expresiva del lenguaje que, entonces, no logra realizar el pensamiento, pensamiento que resulta estancado en la intensidad del dolor y en el miedo.

El sujeto se encuentra en el silencio,<sup>278</sup> que expresa, más que nada, la pérdida del control racional y emocional sobre los acontecimientos. La suspensión del lenguaje articulado expresa, más bien, la incapacidad del sujeto de autoreconocerse en cuanto *capax*. En este nivel, la experiencia todavía se queda en el reino de los acontecimientos: la narratividad es completamente corpórea, pre-lingüística, pre-racional y pre-intencional. Empezar a construir un marco narrativo-lingüístico implica la toma de distancia, aún parcial, desde el caos puro. El sí, para poder auto-reflexionar, tiene que cumplir una suerte de proceso de disociación de sí mismo. El cuerpo tiene que volver a ser percibido en cuanto elemento de la identidad de la persona, y no como la persona entera; el pensamiento, entonces, puede articular el mundo según un orden temporal y lingüístico y abrir el espacio a la comunicación con el mundo externo (de las cosas y de los demás). Lo que tiene que restablecerse es, en pocas palabras, una "relacionalidad" con las dimensiones de la *alteridad* corpórea, temporal y narrativa.

En tal tipología de narratividad, pues, la relación entre espacio-tiempo e identidad viene a resultar quebrada: no hay cronología temporal, ni

---

below to the chaos narrative, I mean an *anti-narrative* of time without sequence, telling without mediation, and speaking about oneself without being fully able to reflect on oneself."

<sup>278</sup> Frank afirma: "Hearing is difficult not only because listeners have trouble facing what is being said as a possibility or a reality in their own lives. Hearing is also difficult because the chaos narrative is probably the most embodied form of story. If chaos stories are told on the edges of a wound, they are also told on the edges of speech. Ultimately, chaos is told in the silences that speech cannot penetrate or illuminate." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 101.

semántica, fundamentalmente, porque no existe una semántica configurada en la inmediatez del instante doloroso corpóreo.<sup>279</sup>

La *chaos narrative* deja emerger la soledad y la privacidad de sensaciones que no pueden venir expresadas, es decir, comunicadas. Por tanto, la respuesta de la sociedad, frente a tales pseudo-expresiones, es, a menudo, la del rechazo, del miedo, del aislamiento por causa de una incompreensión que en realidad es desconocimiento.

La narrativa del caos denuncia las limitaciones humanas: desde las ontológicas, hasta los límites de la modernidad. La narratividad muda quiebra aquel horizonte teleológico que es el marco de sentido dentro del cual cada vida pretende instalarse.

Sin embargo, tal tipo de narrativa, a pesar de su asombrosa carga emocional, tendría que venir considerada en cuanto una de las formas expresivas posibles para los seres humanos, en ocasiones extremas. Aceptar tal forma de narratividad quiere decir cumplir, de todos modos, con un proceso de reconocimiento del dolor, de la persona del enfermo, y del rol social que en este acontecimiento la persona misma cubre.

El tercer tipo de narratividad, tomada en consideración por Frank, es la *quest narrative*.<sup>280</sup>

---

<sup>279</sup> De hecho: "Just as a story of chaos cannot be told from within the chaos, the responsibility implied by an experience of chaos cannot be exercised from within the chaos. The person who has lived chaos can only be responsible to that experience retrospectively, when distance allows reflection and some narrative ordering of temporality. The body-self that is immersed in chaos lives only in immediacy." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 109.

<sup>280</sup> Frank afirma: "Illness is the occasion of a journey that becomes a quest. What is quested for may never be wholly clear, but the quest is defined by the ill person's belief that something is to be gained through the experience. The quest narrative affords the ill person voice as teller of her own story, because only in quest stories does the teller have a story to tell." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 115

La *quest narrative* se esfuerza por encontrar un sentido a la experiencia del enfermar. Esto quiere decir que tal tipología de narratividad vislumbra la reflexividad de una labor hermenéutica activa, que intenta encontrar significados mediante un proceso de autoreconocimiento y de logro de autoconsciencia, para penetrar en las estructuras más íntimas de la existencia.

En este tipo de narratividad, pues, vienen usadas las variaciones imaginativas no sólo las proyectadas hacia el futuro sino sobre todo concentradas sobre el pasado y sobre la presencialidad del instante. Por tanto la relación con la dimensión temporal resulta en una interesante combinación de niveles, que no necesariamente siguen un orden cronológico. La *quest narrative* busca, entre otras cosas, nuevas formas de ser, aun en la enfermedad: es una búsqueda de identidad.

Esto da lugar a tres formas de narratividad de este tipo: *memoir*, *manifesto* y *automitología*.<sup>281</sup>

La primera combina el relato de los acontecimientos de la enfermedad con episodios de la vida de quien relata. Se trataría, pues, de una suerte de autobiografía caracterizada funcionalmente por la irrupción de la enfermedad, irrupción que, por lo tanto, no permite respetar un orden necesariamente cronológico de los eventos. En tal tipología, la identidad viene a ser presentada en base a la énfasis atribuida a los acontecimientos relatados y en base a la dramaticidad que la enfermedad, en tal contexto, asume y otorga al sujeto mismo. Esto quiere decir que vienen puestas a comparación dos dimensiones de la identidad: la identidad pasada, con una vida todavía no interrumpida por la enfermedad, es decir, una identidad absolutamente "pública"; y la identidad enferma, una identidad que percibe el aislamiento de la

---

<sup>281</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pgg. 115-137.

comunidad, separación sancionada por el acontecer de la enfermedad misma. Dicho en otras palabras, la identidad se ve, por un lado, autoreflejada en la duplicidad de una historia cronológicamente ordenada, según el curso de acciones e intenciones tendidas hacia un horizonte de sentido y de totalidad; por otro, se ve puesta en duda por un acontecimiento inintencional que rompe la escansión cronológico-temporal de su continuidad existencial.

La actual identidad del personaje de este tipo de narrativa se encuentra justamente entre estos dos perfiles de la subjetividad.

El segundo tipo de *quest narrative* es el *manifesto*.<sup>282</sup> En tal tipo de narrativa, pues, se abre el espacio para un diálogo polémico con la misma sociedad en la que el relato viene elaborado. Se trata, entonces, de una demanda por el reconocimiento personal (de derechos, de estatutos, o de identidad misma) y de una denuncia de desconocimiento hacia el grupo comunitario.

En tal sentido, el acontecimiento de la enfermedad viene a ser funcional en cuanto retrospectiva que produce una variación imaginativa hacia el futuro, variación que involucra no sólo el individuo, sino que abarca el entero campo social en su integridad: la enfermedad viene ahora transformada en asunto social.<sup>283</sup> El relato, pues, dilata la magnitud de la enfermedad.

---

<sup>282</sup> Frank define: "In these stories the truth that has been learned is prophetic, often carrying demands for social action. Writers of manifestos underscore the responsibility that attends even provisional return from illness. Society is suppressing a truth about suffering, and that truth must be told. These writers do not want to go back to a former state of health, which is often viewed as a naive illusion. They want to use suffering to move others forward with them." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pgg. 120-121.

<sup>283</sup> "The manifesto asserts that illness is a social issue, not simply a personal affliction." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 122.

El tipo de lenguaje que viene usado es lúcido y autoconsciente. El perfil de la identidad-personaje, es el de un sujeto que logra transformar la enfermedad desde acontecimiento en ocasión, y desde ocasión en evento público.

El último tipo de narratividad es el de la *automitología*. En tal narratividad la identidad del personaje se vuelve predominante respecto a los acontecimientos configurados en el cuento. En tal sentido, vienen enfatizados sobre todo los cambios internos al sujeto mismo, excluyendo todo tipo de consideración social.<sup>284</sup>

En conclusión, podríamos decir que el tipo de identidad que emerge de la narratividad de búsqueda es una identidad dinámica, que se relaciona de manera viva a la dimensión temporal, reconfigurando los acontecimientos mismos, transformándolos, eventualmente, en eventos. En pocas palabras, la identidad que viene perfilada en los relatos de búsqueda es una identidad intersubjetiva e interpersonal, que puede abrirse al espacio comunicativo como fuente de búsqueda y de intercambio de significados. Tal tipo de narratividad es orientado hacia el otro. En esta orientación, quizás, la identidad pueda encontrar su mismo significado y el significado de su propia enfermedad.

La adopción de una *quest narrative* implica el reconocimiento de la persona enferma en cuanto agente responsable en grado de construir una retórica y una semántica de la acción dentro del contexto de la enfermedad.<sup>285</sup>

Ahora bien, la narrativización de la enfermedad no sirve simplemente para contar los acontecimientos, los hechos brutos de la enfermedad.

---

<sup>284</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 123.

<sup>285</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 134.



Dependiendo del tipo de narrativización, los hechos pueden estar presentes de una manera distorsionada, o completamente ausentes.<sup>286</sup> Hemos visto cómo los *explanatory models* estructuran la realidad en la división de las tres dimensiones de la enfermedad (*illness, disease, y sickness*). Los modelos explicativos, en este sentido, se presentan como formas narrativas más aptas para describir los hechos, los acontecimientos propios del proceso de enfermar. Los modelos explicativos, entonces, se presentan en cuanto primera tentativa de reconstruir un sentido personal de una identidad que se siente amenazada.<sup>287</sup>

En tal sentido, la labor del médico tiene que ser la de cumplir una integración entre los distintos puntos de vista del paciente y del grupo familiar (y no sólo) en el que el enfermo se encuentra, y una interpretación consciente de la variedad de estas mismas perspectivas narrativas. Tal interpretación se configura en cuanto tentativa de reconstruir el cuadro semántico y contextual general en el que el episodio de la enfermedad está insertado.

---

<sup>286</sup> Kleinman dice: "Retrospective narratization is also frequent in situations where an illness had a catastrophic end, or when such an end has narrowly been avoided. In these instances, the narrative may hold a moral purpose. (...) For these reasons, retrospective narratization can readily be shown to distort the actual happenings (the history) of the illness experience, since its *raison d'être* is not fidelity to historical circumstances but rather significance and validity in the creation of a life story." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pgg. 50-51.

<sup>287</sup> Kleinman dice: "The personal narrative does not merely reflect illness experience, but rather it contributes to the experience of symptoms and suffering. To fully appreciate the sick person's and the family's experience, the clinician must first piece together the illness narrative as it emerges from the patient's and the family's complaints and explanatory models; then she or he must interpret it in the light of the different modes of illness meanings-symptoms symbols, culturally salient illnesses, personal and social contexts." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 49.

La narratividad de los *illness narratives* es una manera para la identidad personal de configurar la realidad y transformarla en experiencia, en búsqueda de un significado y de un sentido homogéneo dentro de la defragmentación de la existencia interrumpida por la enfermedad y, eventualmente, por la muerte.

Ahora bien, los *illness narratives* vienen a ser formulados a partir del confluir de metáforas, modelos explicativos y expresión de una historia personal experiencial de la enfermedad. Esto quiere decir que los *illness narratives* son producto de la fusión semántica de categorías personales y categorías sociales a través de la elaboración de un relato que une en sí las metáforas de la enfermedad, las explicaciones de ella y la configuración de estos elementos dentro del horizonte existencial y vivencial-significativo del individuo social. Los *illness narratives*, como hemos visto, generalmente representan unos recursos narrativos ya disponibles y presentes en el sustrato cultural de la sociedad. Esto quiere decir que la sociedad es capaz de reconocer el estatuto de los relatos, englobarlos en sí misma, comprenderlos y, eventualmente, aceptarlos o rechazarlos. A través de esta operación social, la identidad de quien relata viene, a su vez, reconocida, legitimada, aceptada o rechazada/aislada. Los *illness narratives*, entonces, conectan la dimensión interna de la persona con la dimensión social, gracias a la mediación de la esfera simbólica del lenguaje y de las metáforas. Tal acto de mediación logra, entonces, legitimar el autoreconocimiento de la subjetividad frente a la socialidad, y abre el espacio al reconocimiento societario de la personalidad enferma.<sup>288</sup>

---

<sup>288</sup> Muy claramente H. Lindemann Nelson dice: "Socially shared narratives contribute to the identities of the groups as well as individuals, and members of the group draw a part of their identity from how the group identity is narratively constructed." H. Lindemann Nelson, *What child is this?*, "Hastings Center Report", vol. 32, n. 6, Nov.-Dec. 2002, (29-38), pg. 31. Y Kleinman dice también: "In the human context of illness,

Ahora bien, la patografía deriva de la narrativización de la dimensión de la enfermedad en cuanto *illness*. Esto quiere decir que el centro focal del relato, el personaje principal, es la persona enferma y los acontecimientos relatados están constituidos por la enfermedad en cuanto experimentada por este mismo sujeto que es persona. El relato resulta pues estar enfocado sobre las dimensiones psico-físico-emocional de la persona que sufre. La persona, en su integridad, intenta reconstruir el sentido de su identidad amenazada por la quiebra de la enfermedad; intenta reconfigurar nuevamente su vida, los significados que la constituyen, los equilibrios con la dimensión corpórea, emocional, psicológica y social. La narratividad, en este sentido, otorga unidad de sentido y balancea las dimensiones frágiles que forman la labilidad humana amenazada, en ocasión de la enfermedad, por la destrucción. La enfermedad, de hecho, rompe la continuidad del tiempo, su escansión, precipitando la persona en una constante fijación en el instante dilatado del dolor. La narratividad intenta restaurar, pues, la relación de la existencia con la categoría temporal plagada, herida. El relato estructura y reconfigura las nuevas realidades de la enfermedad, es decir, sanciona la experiencia de la enfermedad en cuanto experiencia absolutamente personal e íntima que, sin embargo, entra en la socialidad del lenguaje, en la intersubjetividad de los significados comprendidos por los otros.

Sin embargo, existe también una reconfiguración narrativa de la enfermedad según la perspectiva del médico: la enfermedad posee,

---

experience is created out of the dialectic between cultural category and personal signification on the one side, and the brute materiality of disordered biological processes on the other. The recurrent effect of narrative on physiology, and of pathology on story, is the source of the shape and weight of lived experience." A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988, pg. 55.

de hecho, una representación narrativa también desde el punto de vista científico.

La *illness*, como hemos visto, viene traducida, por el médico, en *disease*. Ahora bien, el intercambio de tales interpretaciones y elaboraciones narrativas es lo que constituye el núcleo de la relación-médico paciente. Veremos tales problemáticas más adelante. Lo que nos preocupa ahora analizar más en profundidad, es el elemento de la narratividad. De hecho, todo lo que hemos dicho hasta ahora, y sobre todo, el valor lingüístico que posee también la interpretación de la enfermedad desde el punto de vista médico, nos hace reflexionar sobre la legitimidad de la ficción en ámbitos que no vienen considerados como narrativos: la medicina y la bioética.

Ahora bien, la emersión de la patografía en el horizonte de la práctica médica, ha dado lugar al nacimiento de un nuevo acercamiento de la bioética a los problemas éticos. Tal acercamiento toma el nombre de *ética narrativa* y será, ahora, lo que intentaremos analizar.

## **§ 9. Ficción médica**

Lo que hemos hasta ahora analizado, nos sugiere, pues, que el fenómeno de la enfermedad es lingüísticamente construido, a partir de los elementos semánticos presentes dentro de un determinado grupo social. Ahora bien, en pocas palabras, la enfermedad y toda la medicina en cuanto institución, son culturalmente configuradas. Las metáforas que constituyen el concepto de enfermedad en un determinado contexto cultural, son también elemento de estructuración

del concepto de medicina, de salud, de vida y de muerte que tal contexto social elabora.

En este apartado se quiere analizar el surgir de la ética narrativa en cuanto respuesta a instancias culturales propias de nuestra época y de nuestro momento histórico. La ética narrativa se contextualiza en la particularidad de las contingencias sociales y culturales en las que actualmente nos encontramos.

La ética narrativa se presenta en cuanto instrumento crítico hacia la organización de nuestra sociedad y hacia algunas dinámicas que el proceso de tecnologización y de medicalización de la enfermedad y, por ende, de la salud han desencadenado.

Para llevar a cabo un análisis de la ética narrativa intentaremos reconstruir el contexto teórico en el que tal tipo de crítica se ha desarrollado. Intentaremos también actualizar algunos elementos de la antropología ricoeuriana: la ética narrativa, de hecho, se presenta en cuanto tentativa de devolver al enfermo, es decir, al paciente, el derecho a ser co-autor de su propia vida. Esto, según lo que hemos visto, implica que la persona humana venga considerada en cuanto principio holístico, o sea, ineluctablemente relacionado con el mundo de las cosas y de las personas. La persona se configura, según tal planteamiento, en cuanto principio relacional y dialógico. Esto implica que, también dentro del proceso de toma de decisiones en ámbito sanitario, la persona nunca será considerada en cuanto completamente aislada y en cuanto mero objeto de cura. La ética narrativa amplía, pues, el proceso de toma de decisiones, en la consideración del contexto holista propio de la persona que está enferma. Esto quiere decir que la enfermedad viene así interpretada en cuanto vivencia, no sólo del sujeto afectado, sino también de la red

relacional en la que se encuentra insertado. La enfermedad se presenta en cuanto evento que acontece dentro de una existencia relacionada con otras existencias. La relacionalidad familiar se vuelve, pues, contexto en el que la enfermedad juega un papel existencial fuerte. La *illness*, en algunos casos, posee el poder de cambiar las vidas de enteros grupos sociales. La ética narrativa recoge y analiza las posibles historias, las reconfiguraciones de la realidad que vive tal grupo, en la tentativa de conciliar los conflictos, orientar las decisiones terapéuticas, o simplemente buscar estrategias de adaptación.

Veremos cómo, en tal sentido, la antropología ricoeuriana nos ofrece oportunidades teóricas para volver a reformular un concepto distinto de ser *homo patiens*. La relación existente entre ser *capax* y *patiens*, de hecho, no es una relación de mera oposición, sino todo lo contrario. Se trata de dos dimensiones antropológicas que articulan la constitución de la persona humana en cuanto no transparente a sí misma, constituida dentro de un determinado contexto pre-intencional, y caracterizada por su libertad existencial. La ética narrativa es, pues, instrumento de reconstrucción de esta libertad quebrada por la enfermedad, amenazada y, a veces, disminuida.

Cualquier acontecimiento, en la existencia humana, creemos, posee una variedad de perspectivas interpretativas que pueden dar lugar a múltiples historias posibles. Es decisión de quien es autor de la historia cuál vaya a ser el camino narrativo futuro. Y también el ser que padece posee esta posibilidad. La ética narrativa se esfuerza, pues, por devolver a los pacientes la oportunidad de vivir la propia enfermedad, y no de morir existencialmente, por causa de ella.

Ahora bien, la ética narrativa, en nuestra argumentación, se presenta en cuanto modelo teórico que puede venir aplicado a la práctica

clínica. En particular, la ética narrativa parece ser, más bien, un tipo de acercamiento que encuentra su aplicación dentro del contexto de la relación médico-paciente. De esto, sin embargo, nos ocuparemos en el próximo capítulo. Lo que aquí quisiéramos hacer es analizar el concepto de ética narrativa y su implicación práctica, es decir, el emerger de la medicina narrativa. Esto nos sugerirá que también la medicina, así como la enfermedad, en realidad posee una configuración narrativa y lingüística predominante. Esto nos llevará a formular la hipótesis de que en la medicina, así como en la literatura, vienen usados géneros literarios peculiares, es decir, que la medicina otra cosa no es sino *ficción lingüística*, en contraposición al planteamiento denominado *realismo médico*.

Intentaremos, brevemente, analizar qué paradigmas narrativos vienen presentados a la hora de desarrollar y difundir el conocimiento médico: nos esforzaremos por sugerir la idea de que el conocimiento médico posee una estructura narrativa y lingüística irreductibles.

Este planteamiento implica muchas consecuencias, que van más allá de la complejidad estructural de la relación médico-paciente. Se trata de la configuración de modelos teóricos que orientan el desplegarse de nuestro conocimiento y de nuestra praxis. En la medicina, de hecho, ha surgido un tipo de acercamiento, de inspiración modernista, que toma el nombre de *evidence-based-medicine*: la ética y la medicina narrativa parecen oponerse de manera drástica a este modelo. En realidad, como veremos, no se trata de poner un *Aut Aut*. Lo que queremos aquí afirmar es la posibilidad y, más profundamente, la deseabilidad de un tipo de integración entre *evidence-based-medicine* y *narrative-based-medicine*. Tal integración daría lugar, en nuestra opinión, a un cambio en la manera de pensar la medicina, la moralidad

y la relación médico-paciente configurada ahora como una alianza en contra del sufrimiento humano, ocasionado más por la incomprensión que por la enfermedad.

### 9.1. *Narrative ethics*

La ética narrativa es un modelo bioético, relativamente nuevo,<sup>289</sup> desarrollado especialmente dentro del contexto de la relación médico-

---

<sup>289</sup> La fórmula "ética narrativa", de hecho, aparece en variadas fuentes, a partir de los finales de los ochenta y los primeros años noventa. Sin embargo, hasta el 2002-2003 su definición parece ser todavía no precisa, y parece hacer referencia a una aplicación más o menos amplia de elementos de la crítica literaria al contexto de la medicina. Con el término "narrativa" queremos aquí indicar la típica forma literaria que se atribuye a una serie de acontecimientos a la hora de ser relatados. La narrativa es la forma que toma una historia relatada. Esto quiere decir que, el contenido de la narrativa es una serie de acciones, elecciones y acontecimientos, llevados a cabo por uno o más personajes en un orden temporal reconfigurado, y la secuencia de los efectos y de los cambios ambientales que tales acciones conllevan. En otros lugares hemos dicho que la narrativa es la historia de la libertad humana. Reiteramos aquí tal definición. C. Mattingly dice: "(...) it is just important that narrative recounts both actions and experiences, that is, how events act on protagonists and what meaning this carries for them. By attending to human actions and human experiences, narrative investigates human character. A narrative reveals character as both illuminated and constructed through events. (...) But a narrative is not definable only in terms of its content. It is also marked by a style of presentation, by its highly connotative language. Thus, narrative is characterized by form in a second sense, by an evocative and seductive prose which is directly related to one of its primary functions- its rhetorical power to persuade." C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 8. B. Hurwitz también ofrece una definición de "narrativa": "A narrative is a pattern of events placed in order of sorts, involving a succession of occurrences or recounted experiences from which a chronological sequence may be inferred." B. Hurwitz, *Narrative and the practice of medicine*, "The Lancet", 2000, n. 356, (2086-2089); pg. 2086.

Sin embargo, señalamos que hay muchas teorías alrededor de estas cuestiones y, sobre todo, acerca de la relación que une o distingue el concepto de experiencia y de narrativa, teorías que toman el nombre de mimetismo o anti-mimetismo, o de realismo. Pues, no tomaremos en consideración aquí este género de debates. Pero sí, creemos que es importante subrayar que existe, en la teoría de la crítica literaria una distinción semántica entre las palabras "narrativa" e "historia". Mattingly escribe: "The dominant position in contemporary literary theory is that the structure of experience is



paciente. Germinado en los países anglófonos (primeramente en Estados Unidos, y luego en Inglaterra, Irlanda, etc...), lentamente, y a lo largo del último decenio, se va difundiendo en el resto de Europa.<sup>290</sup>

La ética narrativa nace en cuanto actitud polémica principalmente hacia los efectos de los procesos de tecnologización de la medicina y de la práctica clínica. Podríamos decir, pues, que la *narrative ethics* se presenta como denuncia en contra de la deshumanización de la enfermedad y del sufrimiento llevada a cabo por la difusión de la medicalización de la salud y del contexto sanitario de las sociedades occidentales.

La novedad de este nuevo acercamiento está constituido por la aplicación de la crítica literaria al ámbito, no sólo de la bioética, sino de la práctica de la medicina clínica.

David B. Morris<sup>291</sup> analiza la situación de nuestra sociedad actual, a través de la crítica dirigida hacia la ética narrativa, en cuanto nuevo acercamiento a los problemas de la comunicación en la relación médico-paciente.

---

distinct from the structure of narrative and particularly that experience lacks the unifying structure which plot gives to literary narrative. This argument is buried deep within the language of literary theory guiding the important distinction between "story" and "narrative". "Story" refers to the sequence of events which the "narrative" is "about". "Narrative", by contrast, refers to the actual discourse that recounts the events. In this demarcation, "story" is a simple chronological structure which can be reconstructed from the narrative discourse. And, of course, narrative discourse is nearly always out-of-(linear)-order; drama depends upon such devices as withholdings of crucial events, foreshadowings, and backward glances." C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pgg. 34-35. Ahora bien, aún existiendo esta diferenciación, en este trabajo los términos "narrativa" e "historia" vienen usados en un sentido intercambiable, salvo distinta indicación.

<sup>290</sup> Cfr. R. Charon y M. Montello, *Memory and anticipation: the practice of narrative ethics*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. IX.

<sup>291</sup> D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16).

Tal crítica nos resulta altamente interesante, porque encuadra el mismo fenómeno de la medicina narrativa dentro de un marco histórico bien determinado: la época del posmodernismo.

El posmodernismo se presenta como un término que abre un campo semántico tan amplio que resulta difícil entender a qué, exactamente, se refiere. Morris propone algunos hitos propios de tal concepto en este contexto que se revelan útiles a la hora de cumplir un análisis de la ética narrativa en bioética y en la práctica médica.

Tales hitos pueden, de manera muy simplista, ser resumidos así: en primer lugar, el posmodernismo surge en la que viene considerada la última fase del consumismo capitalista, fase en la que la preocupación principal es la seguridad misma del sistema que está implosionando, y la renovación de los recursos (naturales y económicos); en segundo lugar, otra característica del pensamiento posmodernista es la convicción según la cual todo tipo de conocimiento es "situado", sea a nivel histórico sea a nivel cultural: consecuencia extrema de esta postura podría ser la convicción de que, en definitiva, todo es subjetivo; en tercer lugar, según tal planteamiento, la experiencia misma se despliega a través de un sistema de representaciones; en cuarto y último lugar, tales representaciones toman la forma de la narratividad de las historias que encarnan entonces códigos sociales de expresión y que permiten por un lado el desarrollo, por otro el análisis de la cultura y de la sociedad que produce las mismas historias.<sup>292</sup>

En tal tipo de contexto, según Morris, nace y crece el estudio posmoderno de la ética narrativa en el ámbito de la enfermedad y de la sanidad.

---

<sup>292</sup> D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pgg. 7-8.

Ahora bien, histórica y conceptualmente opuesto al posmodernismo, se presenta el modernismo.<sup>293</sup> En el ámbito médico, el modernismo coloca el papel de la enfermedad y su verdad exclusivamente en la historia clínica, es decir, en la historia escrita por el médico. La narratividad de tal acercamiento pretende ser una objetiva descripción empírica y certera de una realidad científica que asigna al médico el papel del héroe, en una casi teología de la salvación más desde la ignorancia que desde la muerte. El sujeto que se esconde detrás de esta narratividad en realidad es el progreso técnico-científico, un progreso que se presenta como mundial y aliado del hombre en una lucha sin fin en contra del dolor, del sufrimiento y, en última instancia, de la finitud humana.

Contrariamente a esto, el posmodernismo pone más de relieve el papel del paciente:<sup>294</sup> se presenta como un movimiento reflexivo sobre las experiencias que, según el acercamiento positivista, estaban concebidas como material objetivo de una cura segura. Podríamos entonces decir que tal movimiento reflexivo coincidiría con la

---

<sup>293</sup> La referencia de los términos "modernismo" y "posmodernismo" viene aquí usada en la acepción que se encuentra en la bibliografía norteamericana consultada. Por eso, excluimos del uso de tales palabras y las ulteriores acepciones que puedan poseer en un ámbito cultural distinto del norteamericano. Además, el uso terminológico es aquí estrictamente funcional al discurso más general que quisiéramos llevar a cabo.

<sup>294</sup> Cfr. D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 8. En tal sentido, creemos, escribe también A. W. Frank en su *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, en el que dice: "The postmodern experience of illness begins when ill people recognize that more is involved in their experiences than the medical story can tell. (...) Postmodern illness is an experience, a reflection on body, self, and the destination that life's map leads to." pgg, 6-7. El discurso posmodernista se presentaría, pues, como el comienzo de una reflexión o autoreflexión, como un apropiarse de la experiencia de la enfermedad en cuanto experiencia propia, de una identidad que ya no se puede ver en cuanto objeto de la técnica. Quizás el posmodernismo se presentaría entonces, como el momento de toma de conciencia de los límites de la ciencia misma, toma de conciencia de haber perdido de vista las finalidades del progreso mismo, y de un cinismo ontológico que involucra hasta la intimidad más íntima de la constitución del ser humano en cuanto identidad libre y autónoma.

reflexividad de la enunciación de un sujeto que ahora problematiza el significado más profundo de algunas de sus terribles experiencias. Tal problematización, así como tal reflexividad, se desarrolla en el plano enunciativo-lingüístico.<sup>295</sup>

La ética narrativa nace en cuanto necesidad que al mismo tiempo denuncia las contradicciones del *humus* social a partir del cual se desarrolla. Nuestras sociedades occidentales han transformado la salud y la relación clínica en un producto en venta. La tecnologización no sólo del dolor y de la enfermedad, sino también de la salud, nos habría llevado a deshumanizar las dimensiones de la experiencia del vivir socialmente la muerte. La tecnologización de la salud conllevaría una demonización absoluta de la muerte y del sufrimiento, un rechazo y un horror hacia la idea de sentir dolor y, por ende, una deshumanización del padecer. La ética narrativa se presenta como denuncia de esta actitud. Sin embargo, hay que tener bien presente que también la ética narrativa es producto de esta sociedad. No se trata de deslizar el discurso en un ámbito psicologizante de mera y simple expresión de los sentimientos o de los estados de ánimo del paciente. Se trata, más bien, de difundir la idea de que dentro de la narrativización de la experiencia del dolor, narrativización que debería recibir un espacio expresivo dentro de la relación clínica, reside la posibilidad concreta, para el enfermo, de recuperar la propia identidad quebrada por el

---

<sup>295</sup> Morris dice: "The modernist narrative of biomedicine is not only open to change but also faced with serious challenge from powerful alternative narratives that view human illness not as the malfunction of a biophysical mechanism but as the unique experience of a meaning-making and embodied cultural being." D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16), pg. 8. No creemos que la enfermedad es el único acontecimiento, en la existencia de un ser humano, que demanda por una construcción semántica capaz de otorgar un sentido y un control sobre los eventos mismos. Sin embargo, no se puede negar que la experiencia de la enfermedad, sobre todo cuando se presenta al límite de la muerte, se configura como una de las experiencias que más inquieta los seres humanos.

acontecimiento de la enfermedad. La narrativización del sufrimiento permite al enfermo reconstruir y reconfigurar su propia identidad de persona, le permite dejar de sentirse un mero objeto de la atención médico-tecnológica y recolocar la enfermedad dentro de las vivencias existenciales de su propia vida. La narrativización de la enfermedad es, en pocas palabras, una tentativa de atribuir y crear un significado personal dentro del contexto del sufrimiento y dentro del ámbito de la identidad personal. La narratividad otorga, pues, un perfil existencial a la experiencia del dolor y del enfermar, permitiendo al sujeto personalizar esta experiencia y, al mismo tiempo, aceptarla en el horizonte de la propia existencia, aunque la rechace en cuanto sufrimiento.

La tarea de la ética narrativa no es, pues, otorgar al paciente un espacio de apertura sobre sus estados mentales o sus propios desahogos psicológicos, sino permitirle volver a tener posesión de su capacidad de ser co-autor de su vida, o sea, volver a ser agente moral y capaz, dentro del contexto de expropiación existencial que es, a menudo, la experiencia de la enfermedad o de la muerte.

Ahora bien, retomando en consideración el concepto de *double code* introducido por Morris, podríamos decir que la ética narrativa es producto de un sincretismo metodológico entre estudios antropológicos y práctica clínica. Es decir, la narratividad de la práctica antropológica viene transpuesta en la práctica médica. Objeto de tal transcripción es la experiencia de la enfermedad, sobre todo desde la perspectiva de la *illness*, o sea, desde el punto de vista del paciente. Pero parece que no sólo sea así. En realidad, la ética narrativa debería ser construida a partir de la interacción y negociación entre narrativización de la *illness* y de la *disease*, es decir, a partir de la interacción que se crea en la relación médico-paciente. Esto significa que al perfil de la ética narrativa

concurrer las construcciones y las reconfiguraciones narrativas de la enfermedad sea del paciente sea del médico. *Illness* y *disease* dibujan, juntas, la constitución de la experiencia existencial y vivencial del sujeto enfermo, constitución que viene a ser reconocida por la sociedad que recibe, escucha y vuelve a elaborar los *illness narratives*.

Pero ¿por qué, en realidad, tal proceso de narrativización se presenta tan importante dentro de la práctica clínica?. ¿Cuál es la relación entre medicina y literatura, o teorías narratológicas?.<sup>296</sup>

Todo el proceso del enfermar, todos los sujetos involucrados en ello, y todas las fases que lo constituyen, están compuestos por actos de lenguaje que son *performance* narrativas cuya importancia viene generalmente subevaluada. Sin embargo, tales elementos narrativos constituyen la configuración de la experiencia misma del enfermar, experiencia que involucra no sólo al enfermo y a su familia, sino también al médico, a los profesionales sanitarios, a la institución sanitaria entera y a la epistemología médica en su constitución también práctico-taxonómica. El desarrollo de un método narrativo dentro de la relación médico-paciente involucra en su radio de acción las tres dimensiones de la medicina: dimensión personal-experiencial del paciente;

---

<sup>296</sup> R. Charon y M. Montello escriben: "Narrative ethics arose as doctors, nurses, ethicists, and patients found themselves taking seriously their acts of reading, writing, and telling. From patients' pathographies and caregivers' stories from practice to ethicists' written cases, what unified these early efforts was the recognition of the centrality of narrative in the work of health care. Although illness is, indeed, a biological and material phenomenon, the human response to it is neither biologically determined nor arithmetical. (...) Narrative approaches to ethics recognize that the singular case emerges only in the act of narrating it and that duties are incurred in the act of hearing it." R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. IX. Siguen diciendo: "How the patient tells of illness, how the doctor or ethicist represents it in words, who listens as the intern presents it at rounds, what the audience is being moved to feel or think- all these narrative dimensions of health care are of profound and defining importance in ethics and patient care." R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. IX.

dimensión ético-normativa expresada por la formulación de un código deontológico; y dimensión reflexivo-filosófica.<sup>297</sup>

Así que, la introducción de la metodología narrativa dentro del ámbito médico sanitario viene justificada a partir del reconocimiento de la misma forma narrativa que la estructura existencial humana posee incluso en relación a un ámbito que viene erróneamente considerado exclusivo dominio de la biología y de la ciencia: el de la enfermedad.

Ahora bien, podríamos decir que el sincretismo de metodologías clínicas con las de la antropología y de la literatura, ha conllevado, principalmente a:

- el desarrollo de estudios dirigidos hacia la definición de un perfil de enfermo y de paciente en grado de ser co-autor de su propia vida, aún en la enfermedad;
- investigaciones de naturaleza epistemológica y crítica en el *corpus* del conocimiento médico y técnico-científico, a partir de un análisis relacional entre enfermo-grupo social y médico o profesionales sanitarios;
- autoreflexión de la bioética sobre sí misma, así como la aplicación del método hermenéutico a disciplinas hasta ahora consideradas ajenas al ámbito de las humanidades.<sup>298</sup>

Desarrollaremos el análisis de tales puntos en el curso de este apartado. Tomaremos en consideración la primera instancia, es decir, el perfil de un distinto concepto de enfermo y de paciente que se presenta dinámica y narrativamente orientado hacia una recuperación de la

---

<sup>297</sup> Para esto véase, P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006. Sin embargo, para el análisis de tal texto véase el capítulo IV de este trabajo.

<sup>298</sup> Cfr. L. R. Churchill, *Narrative ethics, gene stories, and the hermeneutics of consent forms*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. 183.

autonomía individual desplegada en la acción del agente moral y del *homo capax* que se vuelve, en algunas ocasiones, *homo patiens*.

En los siguientes párrafos examinaremos las otras dos cuestiones.

La ética narrativa se presenta en cuanto nuevo acercamiento que nace a partir de un análisis de la actual situación clínica, dentro del contexto de la relación médico-paciente que se apoya en las metodologías humanistas de la hermenéutica, antropología, crítica literaria y, en última instancia, de las teorías narratológicas.

Tales hitos poseen consecuencias importantes no sólo con respecto a la relación médico-paciente, sino, más en general, con la cosmovisión que se esconde detrás de ella y que, al mismo tiempo, engendra la concepción de la medicina, de la bioética y de los roles que la sociedad otorga a estas dos disciplinas.

Las reflexiones que se pueden desprender a partir de la actualización del concepto de la identidad narrativa así se amplian, involucrando consideraciones sobre el estatuto epistemológico del conocimiento científico y de las instancias lingüísticas que son su medio y su condición de realización y difusión. Se trata, pues, de consideraciones sobre la dimensión lingüística del conocimiento humano en general; reflexiones sobre la naturaleza dialógica del ser humano, dialogicidad que es pre-intencional en la fisicidad misma de la corporeidad; reflexiones sobre la importancia del contexto socio-cultural en el que tales hitos se concretan y se encuentran ya dados y la potencia que la configuración metafórica de la realidad posee en cuanto medio de estructuración de la realidad misma. En tal sentido, tales estudios nos otorgan los instrumentos críticos para cumplir un análisis de nuestra actual sociedad, para desenmascarar algunas de las mitologías que todavía la habitan



y desmitificar los falsos ídolos que nuestro mismo pensamiento no deja de erigir.

Decir que la ética narrativa ha permitido el desarrollo de estudios dirigidos hacia la definición del perfil del enfermo en cuanto co-autor de su propia vida quiere decir reintroducir el concepto de identidad narrativa en un ámbito distinto del mero campo narratológico: se trata de ampliar y de actualizar el concepto de identidad narrativa, elaborado por Ricoeur, aplicándolo a las instancias presentadas por el problema persona en el contexto de la relación médico-paciente.

Esto conlleva muchas consecuencias. En primer lugar, quiere decir volver a pensar en la relación existente entre el devenir enfermo y la capacidad de ser agente moral, es decir, significa analizar los cambios eventuales dentro de la semántica de la palabra *agente* y *paciente*. En pocas palabras, se trata de retomar en consideración lo que hemos venido viendo a propósito de la relacionalidad que existe entre *homo capax* y *homo patiens*.

En segundo lugar, se trata de colocar en un contexto distinto, es decir, posmodernista, la consideración socio-clínica del fenómeno de la enfermedad. Si, de hecho, consideramos al enfermo ya no como objeto del cuidado de una institución sanitaria, así como hoy en día, sino como agente moral en grado de ser co-autor consciente de su propia vida, entonces, deberíamos volver a pensar en la concepción que nosotros mismos poseemos del fenómeno de la enfermedad. Esto quiere decir que, partiendo desde un punto de vista narrativo, la enfermedad vuelve a poseer sus rasgos de experiencia existencial. Esto, a su vez, tiene dos implicaciones, una en el plano subjetivo, otra en el plano comunitario. De hecho, como hemos visto anteriormente, es la narratividad la que otorga un sentido y un significado a los acontecimientos humanos,

transformándolos en experiencia y, al límite, en eventos u ocasiones: la narratividad es una reconfiguración semántica de la personalidad dentro de la enfermedad y de la enfermedad en cuanto experiencia personal. Esto aplica también al proceso de enfermar: la enfermedad no es simplemente una disfunción orgánico-biológica, sino que es una experiencia que ocurre en la vida de cada persona que es, en última instancia, capaz de transformar, gracias a la reconfiguración narrativa temporal de su vida, su identidad narrativa, o sea, su identidad personal. Al mismo tiempo, considerando que la persona es un principio holístico, resulta imposible prescindir de una consideración social de la experiencia de la enfermedad (y, en un sentido aún más amplio, prescindir de una dimensión institucional: la sanidad, de hecho, siempre existe y está organizada en un sistema burocrático-político y económico). Esto implica que la narratividad que está compuesta y que reconfigura la experiencia existencial de la enfermedad, deberá ser necesariamente una narratividad construida sobre una polifonía de voces relatantes, compartida y apoyada por un grupo social o familiar o, en última instancia, cultural y holista.

En tercer lugar, como hemos visto, la narratividad del relato sobre la enfermedad es una tentativa, por parte de un sujeto, de distender un orden semántico y existencial sobre un acontecimiento que interrumpe el curso lineal y cronológico de la temporalidad existencial: imponer nuevamente un control sobre los acontecimientos que se escapan de la voluntad de uno.<sup>299</sup>

---

<sup>299</sup> C. Mattingly, justamente señala que la necesidad de narrar es un rasgo fundamental y constitutivo del ser humano que se distingue de los animales por su necesidad de comunicar las profundidades de su sentido interior. Ahora bien, en realidad, tal necesidad no viene explicitada, en el ámbito de la enfermedad, sólo por el paciente, sino que se revela acción propia también de los médicos. Ella dice: "Professionals were particularly likely to tell stories when they needed to make sense of

La enfermedad se presenta como el elemento de desorden por excelencia, sobre todo cuando pone en peligro serio la vida.

En cuarto lugar, la narratividad implica un cambio dentro de la configuración social y temporal de la experiencia de la enfermedad y del enfermo mismo. La finalidad de la ética narrativa en sí es la de aplicar este cambio también a la esfera clínico-sanitaria, es decir, transformar la enfermedad en acontecimiento clínico y no considerarla simplemente como caso clínico.

En quinto lugar, se trata de individuar los cambios que tal acercamiento puede causar en la concepción de la moralidad dentro del ámbito bioético mismo. De hecho, plantear los problemas relativos a la identidad narrativa del paciente y focalizar la atención sobre el contexto socio-familiar del sujeto quiere decir también abrir el discurso a una interrelacionalidad contextual nueva. Esto implica que la ética (y, por ende, la moral) viene a ser considerada ahora como un conjunto dinámico y abierto de interrelaciones hermenéuticas entre dimensión temporal, social, cultural, etc....: la ética es en sí misma contextual y posee un carácter lingüístico irreductible.

---

difficult relationships with actors whose behavior directly effected their own work-managers, clients and the like." C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 3. Mattingly realiza un estudio etnográfico sobre una unidad de terapia ocupacional en un hospital universitario norteamericano. Pauta de tal estudio es el análisis de las interconexiones entre la narrativa y la experiencia clínica de quienes se ocupan de personas gravemente minusválidas. En este contexto, de hecho, Mattingly logra subrayar de manera realmente tangible, la necesidad de reconfigurar la vida y los relatos existenciales de tales pacientes. Tal nivel de minusvalía, de hecho, impone un radical cambio en la vida cotidiana de los pacientes, y la colaboración del ambiente familiar y social se revela absolutamente fundamental. En tal investigación emerge también la importancia que tales dimensiones comunitarias asumen en la reconfiguración de la vida de un sujeto, y la relevancia que poseen las construcciones sociales del significado de la enfermedad y, en este caso, de la minusvalía. Su interés hacia la narratividad se desarrolla a partir de la constatación de que existe una relación muy profunda entre la acción de relatar historias y el proceso de toma de decisiones.

Tales rasgos lingüístico-contextuales se encuentran ineluctablemente dados en la concreción ontológica de la corporeidad. Según lo que hemos estado viendo con Merleau-Ponty, el cuerpo, la fisicidad de la carne es el sustrato pre-intencional del desarrollo de la existencia. En la interrelacionalidad del cuerpo, en cuanto elemento constituido por la alteridad, se desprende el ámbito de la ética.

La ética se revela, pues, en cuanto construcción de valores que se orientan dentro de contextos histórico-narrativos formulados a partir de la carne y de la corporeidad de sus *persona-jes*.

Ética, corporeidad y *holismo narrativo-lingüístico* (en cuanto dimensión simbólica que realmente reconfigura la ontología de la realidad) se presentan interconectados de manera fundamental.

Reflexionar *a partir* de la corporeidad, asumir y aceptar el hecho de que el cuerpo sitúa también nuestras interpretaciones sobre el mundo de las cosas y de los demás y nuestros puntos de vista críticos, implica un cambio radical dentro de las metodologías de juicio.

La corporeidad se revela, entonces, como eje principal de la reflexión, fulcro a partir del cual desarrollar y construir todo discurso ético de la identidad personal-narrativa.

Esto implica, en primer lugar, que la identidad narrativa no puede ser considerada, simplemente, como la transposición en el plano narrativo de una entidad lógica, sino que es, y es un cuerpo. El cuerpo es, entonces, punto de fusión entre la dimensión histórico-narrativa de la temporalidad y la identidad personal. El cuerpo es lo que legitima el proceso de atribución, adscripción y reconocimiento de un sujeto mediante su historia. En segundo lugar, la corporeidad introduce un elemento de "relacionalidad" irreductible entre la identidad y la dimensión de la alteridad circundante (mundo de los otros, de las cosas,

de la temporalidad, de la cultura, entre los factores más importantes). Tal “relacionalidad” se constituye, en primera instancia, en cuanto dimensión simbólica que conecta la realidad interior de la persona con la realidad mundanal del mundo mismo. La corporeidad, en tal sentido, es fundamento y posibilidad de creación del lenguaje y de los símbolos. Así, la ética narrativa se presenta como narratividad de una corporeidad herida y exasperada, de una ontología que es, como decía Ricoeur, quebrada.<sup>300</sup>

En tercer lugar, tal “relacionalidad” constituye lo que hemos anteriormente llamado *holismo narrativo*: la inserción de una identidad dentro de una dimensión relacional se despliega también a través de la composición holista de la narratología expresada por un sujeto. El ser corpóreo, de hecho, colocando al sujeto dentro de un espacio delimitado y preciso, sitúa también la historia de tal individuo, y define así su campo de acción. La corporeidad, entonces, es el fondo escénico que posibilita la acción y que permite la escritura de un relato y de la historia de uno o más sujetos entre sí relacionados. El cuerpo es base pre-intencional de la “relacionalidad”. Esto quiere decir que la identidad narrativa se constituye y se despliega a partir de una relación entre la trama y el holismo narrativo de la historia de un individuo. Ahora bien, la identidad narrativa (personal) es, entonces, criterio relacional entre la corporeidad propia y el contexto circundante. Dicho de otro modo, la identidad personal es un principio holista-narrativo encarnado y enredado en la complejidad temporal de la existencia y en la múltiple variedad de las dimensiones simbólico-hermenéuticas de la *alteridad*. En este sentido, la narratividad se presenta como unificación semántica

---

<sup>300</sup> Fundamentalmente, así se puede resumir la tesis-denuncia presentada por A. Frank en su libro. Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995.

de una temporalidad que posee un cierto orden cronológico experiencial dado y como elemento que otorga homogeneidad a la dimensión temporal en relación a la corpórea. En este contexto, la enfermedad se presenta como una interrupción de tal orden temporal. En la escansión temporal de una identidad dentro del contexto de la enfermedad, el tiempo humano viene a ser sustituido por el tiempo meramente biológico y la identidad narrativa por la identidad corpórea. La enfermedad no entra en el orden de la síntesis de lo heterogéneo, de la concordancia discordante de la trama de la existencia humana, sino que quiebra tal síntesis. La enfermedad no es heterogénea, es inconmensurable.

La ética narrativa, entonces, emerge justamente cuando la identidad del enfermo viene a ser considerada (por parte del mundo exterior e interior) ya no identidad narrativa, sino simplemente identidad biológica: la complejidad de la "relacionalidad" existencial de una vida viene, pues, reducida a la disfunción de la dimensión corporal. La corporeidad se vuelve, entonces, centro predominante de la trama existencial hasta quebrar la comunicatividad misma de la persona. La identidad biológica se vuelve la única identidad de la persona, que viene ahora vista en cuanto unidimensional.

Si a la síntesis de lo heterogéneo corresponde la síntesis práctica que es la persona, podemos entonces decir que la enfermedad se presenta como elemento que disuelve su practicidad, limitando su propia libertad. Es a partir de tal limitación que emerge la ética narrativa en cuanto denuncia de la dispersión del espesor experiencial y existencial de la enfermedad. En tal sentido, la narratividad es una estrategia de control sobre acontecimientos que no pueden ser evidentemente elegidos. La ética narrativa se presenta como expresión de la historia de

una vida en la que entra la enfermedad. Esto quiere decir que la ética narrativa intenta situar la enfermedad dentro de un contexto de sentido personal y comunitario, dando voz a la corporeidad herida del enfermo y balanceando las preeminencias que la corporeidad impone sobre la constitución de la persona en cuanto conjunto relacional de dimensiones. La concreción de una narratividad que exprese y realice las experiencias humanas del sufrimiento permite así relacionar las vivencias personales y las comunitarias gracias al uso de los instrumentos simbólicos y temporales disponibles en la cultura del grupo social y en el momento histórico contemporáneo.

Esto quiere decir también volver a considerar la persona del paciente en cuanto sujeto insertado dentro de un contexto histórico personal y familiar irreductible. Quiere decir recontextualizar la nosología de la enfermedad y el desarrollo clínico-médico dentro de coordenadas espacio-temporales, culturales, e históricas.

La narratividad que se desprende a partir de la experiencia del dolor no es, simplemente, una imposición *a posteriori* de una estrategia de adaptación subjetiva, sino que es un proceso hermenéutico de más amplio sentido que *in-forma* la experiencia del dolor desde la perspectiva subjetivo-personal. Dentro de la elaboración de los relatos de la enfermedad se insertan procesos de auto-interpretación personal que acontecen dentro de un marco social determinado que comparte y ofrece la semántica expresiva misma y que recibe tales relatos. Gracias a tales mecanismos de intercambio semántico, a su vez, se inaugura un proceso de auto-reconocimiento y de demanda de reconocimiento por parte de la alteridad de la sociedad y de la comunidad. En estos relatos, de hecho, la sociedad se reconoce y se juzga. Asimismo acontece con la identidad del sujeto. La

“relacionalidad” existente entre la identidad narrativo-personal y la capacidad de expresarse en el relato de sí mismos, reside en la capacidad de autoreconocerse en cuanto agente moral de acción. Dentro del contexto de la enfermedad tal relación no es nada descontada, ni obvia: es aquí necesario volver a pensar en la relación que hay entre *homo capax* y *homo patiens*.

La persona humana en cuanto personaje de su propia historia, como hemos visto con Ricoeur, no puede venir considerada en cuanto instancia aislada de sus acciones.<sup>301</sup> Las acciones constituyen la dinámica de su propia existencia, construyendo así el perfil de un sujeto que actúa y que elige, personalmente y en modo intransferible, su propia realización y el horizonte teleológico de su totalidad. La capacidad de actuar es una síntesis práctica que atesta y posibilita el auto-reconocimiento de un sujeto en cuanto autor de sus propias acciones. Esto quiere decir que el personaje del relato de mi propia vida, en modo aparentemente trivial, corresponde a mí mismo, en cuanto autor de mis acciones que configuran el perfil y las caracterizaciones de mi existencia. Ricoeur llamaba a tal proceso de atribución, *adscripción*. Reconocimiento y *adscripción* son la base de la constitución y de la fundamentación de la identidad humana. El proceso de *adscripción* así como el del reconocimiento, sin embargo, es un proceso que se despliega en la temporalidad existencial de un sujeto que nunca llega a ser completamente transparente a sí mismo. La identidad narrativa asume, entonces, tales procesos y distiende las acciones en la elaboración de una trama que construye el sentido de las experiencias que denominamos humanas, trama que deviene interpretable.

---

<sup>301</sup> Cfr. SCA, 239-240, y el párrafo 4.1. de este trabajo.



La constitución del *homo capax* resulta, pues, en una identidad lingüísticamente mediada en la que el reconocimiento de sí, la atestación y la adscripción corresponden al reconocimiento y a la fundación de la responsabilidad. El reconocerse en cuanto *capax* quiere decir, fundamentalmente, reconocerse en cuanto *responsable*. Ahora bien, según la antropología filosófica dibujada por Ricoeur, la complejidad relacional inscrita dentro de la constitución cognitivo-emocional-psíquica del ser humano se despliega en el darse del obrar en cuanto elemento tensional entre la labilidad humana y el horizonte teleológico de la totalidad existencial. La acción se constituye, pues, en cuanto presentar-se frente a la dimensión comunitaria de los demás en cuanto sujeto humano. El origen de la acción, como hemos visto, tiene su base en las dimensiones del deseo, del autoreconocimiento en cuanto identidad y de la realización personal. Tal origen es también el hincapié de la estima de sí en cuanto agente moral y *capax* de exposición de la labilidad humana misma al mundo de las cosas y de lo posiblemente deseable. Tal labilidad se manifiesta en la dramaticidad de la finitud emocional y afectiva, finitud que limita la acción y el poder actuar humanos mismos y que los divide en la problematicidad de la difícil elección.

Así, tal desproporción se refleja también en la polisemia semántica de las acciones, de las palabras y de los lenguajes.<sup>302</sup> La desproporción humana se presenta, pues, como cuna del ser *patiens* que es la persona.

El *homo patiens* venía anteriormente caracterizado como sujeto que sufría una disminución de poder. La enfermedad, bajo este punto de vista, se presenta en cuanto aumento del esfuerzo de existir, en la

---

<sup>302</sup> Para eso, véase C. Taylor, *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, vol. 2.

precariedad de una labilidad que no solo es existencial sino propio fáctica y óptica. El ser paciente resultaba, pues, a partir de una predominancia del elemento de la pasividad sobre la apertura a y de la actividad en cuanto realización del horizonte de la totalidad humana. El tiempo del ser paciente viene a quebrarse en la presentación de la enfermedad en cuanto evento que destruye tal horizonte o, por lo menos, lo amenaza. La mediación existencial-corpórea y la lingüística resultan también puestas en crisis por la inconmensurabilidad de tal evento que hace manifiesta la labilidad ontológica de la existencia.

Las figuras del *homo capax* y la del *homo patiens*, en tal óptica, no parecen estar en oposición, sino en una relación de complementariedad. Se trata, obviamente, de modelos antropológicos: dos dimensiones de la misma realidad, dimensiones que, en última instancia, constituyen la labilidad, la fragilidad y la mediación óptica de nuestra existencia. Sin el *homo patiens* no existiría el *homo capax* porque simplemente no tendría sentido su existencia. Todo sería un delirio de omnipotencia, afirmación originaria, poder actuar sin limitaciones, horizontes de sentido, proyectos y proyecciones, variaciones imaginativas. Es decir, todo sería un presente eterno, sin una dimensión temporal articulada en pasado, presente y futuro. Muy al contrario, como hemos visto, la *refractoriness* del mundo y del horizonte de labilidad humano posibilitan el darse de la acción en el tiempo, y con ésa el despliegue de la responsabilidad, es decir, del autoreconocimiento en cuanto agente.<sup>303</sup> Dentro de la narratividad, la acción encuentra su expresión más compleja: la narratividad se

---

<sup>303</sup> Autoreconocerse, de hecho, quiere decir articular las modalidades temporales de *ipseidad* y *mismidad* de modo que la persona humana entera, en su corporeidad, personalidad, emocionalidad, etc...pueda adscribir a sí misma una constitución básica que la distingue de las demás y que le permitiría así reconocerse en cuanto sí.

transforma en historia de la libertad del sujeto, es decir, de la persona encarnada.

En este sentido, la interrelación existente entre *homo capax* y *homo patiens* se revela entrañable y ontológicamente vinculante. La ética narrativa se presenta, entonces, como lugar para volver a colocar la constitución de hombre-paciente dentro de un espacio de legitimación y de adscripción de responsabilidades: las responsabilidades hacia la propia historia.

La ética narrativa se revela, pues, como una tentativa de rehabilitar el paciente en cuanto sujeto moral que actúa dentro de un determinado contexto. Ser paciente, en tal sentido, quiere decir no simplemente ser afectado por elementos negativos externos, agredido y dominado por una *extrañeza* hostil y absoluta que elimina toda capacidad de actuar y de poder. Sino que se trata más bien de rehabilitar la "relacionalidad" que puede instaurarse entre la persona que sufre y el elemento (por ejemplo la enfermedad) que la afecta, dentro de un marco socio-familiar y cultural. La ética narrativa pretende volver a colocar al paciente como ser agente y responsable en el centro de la historia que la enfermedad dolorosamente inaugura. Tal tipo de rehabilitación restituye a la persona el derecho a escribir la propia vida también en la contingencia ontológica de la enfermedad y de la muerte. Sin embargo, no hay que olvidar que también el médico posee una dimensión interna y narrativa que va más allá de la profesionalidad, sino que pertenece a la esfera humana del sujeto que actúa. También esta dimensión entra dentro de la construcción compleja de la ética narrativa. Es preciso subrayar que la ética narrativa se abre más bien en cuanto espacio expresivo de las necesidades narrativas personales de

los pacientes, que a menudo vienen considerados simplemente casos clínicos.<sup>304</sup>

La tarea de la ética narrativa es la de introducir una crítica lingüística sistemática dentro de la dimensión sanitaria de la relación médico-paciente y, por ende, insertar un elemento crítico dentro de la configuración de la realidad no sólo simbólica sino ontológica de las dimensiones del actuar y del padecer.

Volver a colocar el paciente en la historia en cuanto personaje de la trama de su propia existencia, quiere decir volver a otorgarle el derecho al autoreconocimiento y al reconocimiento comunitario; quiere decir volver a darle la posibilidad de llevar a cabo un proceso de autoestima y de re-elaboración de la propia vida y de la propia personalidad; quiere decir volver a reconstruir y recontextualizar los eventos de su vida dentro de un nuevo contexto, el del sufrimiento y, eventualmente, de la muerte; quiere decir, garantizarle el derecho a elegir su propia vida, aún en el dolor y el derecho a autointerpretarse en cuanto sujeto, en cuanto persona y miembro de una determinada comunidad humana; quiere decir permitirle reconfigurar su propia vida y sus relaciones dentro del

---

<sup>304</sup> J.D.Lantos dice: "Doctors today are action-oriented. Doctors do things. They question, prod, and prescribe. They make an incision, insert a catheter, or ligate a vessel. They are defined by and rewarded for these actions of intrusion and intervention. In addition, of course, they take other actions. They sometimes ignore, misunderstand, or abandon. Sometimes they insult, offend, or injure. But the inner workings of the doctor's heart or mind, the flow of thoughts or feelings, the stream of the doctor's consciousness, is not constitutive of a doctor's self-definition or, to a great extent, to our social understanding of the important moral qualities that make a doctor "good" or "bad".

In the world in which these doctors act, patient seem, by contrasts, passive. People generally become patients not when they do something but when something happens to them. (...) patients are "doing" a great deal by enduring sickness, but their actions differ so fundamentally from the interventional or intrusive actions of doctors that they might not be recognized as actions at all." J. D. Lantos, *Reconsidering action: day-to-day ethics in the work of medicine*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pgg. 156-157.

nuevo espacio del enfermar; quiere decir permitirle entrar en contacto consigo mismo, con la alteridad de la enfermedad, del tiempo rehabilitado y con la alteridad de los demás y de la muerte. En última instancia, permitir al paciente llevar a cabo un proceso de narrativización de su experiencia de enfermar, quiere decir permitirle seguir siendo sí mismo y poder interpretar su propia vida a la luz de una ocasión nueva cual es la enfermedad: dar la oportunidad a una persona de estimarse a sí mismo, a la propia vida y eventualmente perdonar y perdonar-se.

La narratividad inaugura, de hecho, una nueva expansión temporal que intenta sanar las heridas que la enfermedad lleva a la temporalidad existencial de una persona. La narrativización de la experiencia de enfermar permite superponer la dimensión temporal propia de la narrativa y reconfigurar el tiempo según un orden lógico y emocional distinto y absolutamente personal en el que el paciente pueda encontrar un sentido. Esto tiene, sin embargo, otras consecuencias que van más allá de la reconfiguración temporal así como viene planteada en la teoría narratológica.

Ahora bien, es innegable que existe una inconmensurable asimetría entre el rol desempeñado por el médico y por el paciente, dentro del ámbito relacional que se establece entre ellos dos durante un episodio de enfermedad. Tal espacio, tal intervalo, parece insanable. Y quizás deba de ser así. La ética narrativa no se ocupa de colmar este espacio, sino de poner las dos orillas asimétricas en comunicación.<sup>305</sup>

---

<sup>305</sup> John Lantos señala una idea interesante. Él dice que es posible reconciliar las perspectivas de médico y paciente si, en cambio de concentrarse exclusivamente sobre los acontecimientos excepcionales del proceso de la cura, nos concentramos también sobre las acciones habituales de los médicos. Las acciones normales, la delicadeza de un gesto, más bien que un gesto de respeto por la corporeidad del paciente, el respeto de su sentido del pudor, son ejemplos de una disposición a la cura

La ética narrativa reconoce los roles distintos de los personajes de la historia interrogándose, en todo momento y preguntando: ¿quién es el personaje?. ¿Quién tiene el derecho ahora de escribir esta historia?.<sup>306</sup>

La narrativización de la experiencia de la enfermedad, a través de la configuración simbólica de la dimensión lingüística del relato mismo, permite al paciente relacionarse con el mundo de la realidad (físico-mundanal, médico-sanitaria, semántico-comunitaria). Esto porque, como hemos visto, los relatos nacen ya insertados dentro de una dimensión semántica compartida y holística, dentro de una comunidad lingüística pre-existente.<sup>307</sup>

---

que va más allá de las sensacionales acciones terapéuticas. Tales acciones, según Lantos, contribuyen en grande medida a definir el significado de los comportamientos de los médicos, es decir, contribuyen a constituir el significado de ser un buen médico y a construir una ética de las pequeñas acciones. Cfr. J. Lantos, *Reconsidering action: day-to-day ethics in the work of medicine*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg.159.

<sup>306</sup> Así, por ejemplo, A. Hudson Jones dice: "Reading and interpreting complex texts requires learning to ask and answer such questions as: Who is the narrator? Is the narrator reliable? From what perspective or point of view is the story told? What does this perspective leave out? Who are the other potential narrators of this story? What might be their perspectives add? How can differences between narrators' stories be reconciled? How can differing interpretations be reconciled?(...) What patterns emerge from the accumulating details, repetitions, images, and metaphors? That is, how does a skilled reader learn to recognize significant details that cohere in a pattern of meaning that makes sense of the whole?" A. Hudson Jones, *The color of the wallpaper: training for narrative ethics*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pgg. 160-161.

<sup>307</sup> Sin embargo, hay que subrayar un elemento importante: el hecho de que se considere la dimensión holística de un grupo social no elimina la ambigüedad de la experiencia humana en sí. La experiencia, creemos, así como la adscripción y la responsabilidad implícitas en la acción y en el actuar mismo, son factores absolutamente intransferibles. Esto quiere decir que, a pesar de que un sujeto se encuentre ya insertado dentro de una dimensión comunitaria y que, por ende, comparta con ésta la esfera lingüístico-semántica, no significa que los relatos y las experiencias narrativamente organizadas, resulten absolutamente transparentes a la alteridad de los otros. Todo lo contrario. La experiencia de la enfermedad, por ejemplo, se presenta particularmente peculiar: responde, de hecho, a una sintomatología y a una taxonomía común (dibujando así el perfil de la *sickness*), sin embargo, la particularidad de los síntomas individuales, la hace completamente puntual (*disease*). La transposición narrativa de la *disease*, (*illness*), desde luego, es un elemento aún más subjetivo. La narratividad, en este sentido, se revela en cuanto tentativa de comunicar lo que, en última instancia, es, en algunos aspectos,

Esto quiere decir que los relatos asumen una estructura reconocida por la comunidad que reconfigura el tiempo de toda la comunidad involucrada en este episodio de enfermedad individual. De hecho, en el momento en que la enfermedad se asoma al horizonte existencial de una persona, inmediatamente todo el entorno social se ve automáticamente involucrado en ella. La configuración de la vida familiar misma viene a cambiar de manera radical, sobre todo en los casos de enfermedades crónicas o que conllevan minusvalía. Al cambio experiencial de tal grupo corresponde también un cambio narrativo: alrededor de la experiencia de la enfermedad nacen relatos que intentan buscar soluciones, hacer proyectos o simplemente aliviar el sufrimiento emocional o representar los hechos acontecidos.

Esto quiere decir que los relatos de la enfermedad, en realidad, no vienen escritos solamente por el paciente, sino que vienen elaborados por él junto a toda la comunidad familiar que él habita. Así, existirán muchas versiones de un mismo relato y cada una de ellas reflejará una perspectiva cognitiva y emocional distinta y tales versiones constituirán el perfil de la experiencia de la enfermedad en su conjunto social y cultural.<sup>308</sup> Esto implica también que tales versiones cambiarán en el

---

afortunadamente incomunicable: la introspección de un sujeto que sufre y que quiere poner ese sufrimiento en el plano de la comunicatividad misma, haciendo del dolor un evento narrable: "What that insight reveals is that there is no such thing in ethics case as that is not in some way a cross-cultural exercise: the teller of a story always speaks to the listener across a cultural gap of one sort or another." H. Brody, *Narrative ethics and institutional impact*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. 151.

Tal *gap* viene a ser constituido por la delimitación que el ser persona encarnada es. La fisicidad misma del cuerpo no nos permite transferir lo que, en casos contrarios, sería esencia solipsista.

<sup>308</sup> Así se lee: "The narrative perspective allows for contextual understanding and illumination of the spiritual, existential, and cultural implications at work in the experience of illness." R. Martinez, *Narrative understanding and methods in psychiatry and behavioral health*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. 131.

tiempo según las variaciones y las fluctuaciones de la enfermedad (especialmente las crónicas que, siendo extendidas en el tiempo, se presentan como el ejemplo más común de la ética narrativa) y que, viceversa, los relatos configurarían una siempre distinta realidad personal y existencial de la enfermedad misma. Esto porque, como hemos venido diciendo desde el comienzo de nuestro trabajo, la identidad (personal y, por ende, comunitaria) es un principio dinámico que puede venir descifrado por una labor hermenéutica infinita.

A partir de la elaboración de tales relatos sería posible, entonces, según el método antropológico-literario, reconstruir el contexto en el que el enfermo se encuentra insertado. La tarea de la ética narrativa es, justamente, analizar y poner el acento sobre tal contexto. Esto concurre a configurar la experiencia de la enfermedad, que será re-configurada a la hora de elaborar un *illness narrative*.

Esto quiere decir, también, que los relatos de la enfermedad vienen creados y elaborados a partir de la vivencia holística del acontecimiento de la enfermedad, acontecimiento que se vuelve, por tal grupo familiar y por el sujeto enfermo, evento. La enfermedad, así, entra no sólo en la existencia del individuo en cuanto tal, sino en la vida

---

Ahora bien, tal cambio narrativo tiene que ver también con el discurso antes elaborado sobre las relaciones entre la narrativa y la experiencia. Existe, creemos, una íntima relación entre experiencia y narrativa que la relata. Ambas, de hecho, resultan de la misma estructura de la acción en sí. La diferencia entre ellas es, pues, una diferencia relacional respecto al tiempo. Mientras la acción es contemporánea a la presencialidad del acto de decidir y del actuar dentro de un contexto real, la narrativa es una acción que se aplica a esa contemporaneidad, y la ordena según un modelo temporal distinto y lingüístico. No se trata de una predominancia de una respecto a la otra, ni de sistematización temporal de estas dos dimensiones. Se trata más bien de diferencias lógicas. La experiencia no puede existir sin la narrativización que despliega el sentido temporal de la presencialidad y crea el sentido histórico propio de la existencia humana. Asimismo, la narrativa no puede existir sin la existencia de una serie de acciones y de acontecimientos que constituyen lo que puede venir definido en cuanto trama y experiencia. Sin embargo, queremos volver a repetir que el término "experiencia" posee un espesor semántico sólo gracias a este despliegue narrativo temporal.



de una persona que existe ya insertada dentro de un determinado contexto previo.

Por esto hablábamos antes de un modelo biocultural de la enfermedad. Es tal modelo que está a la base del desarrollo de la ética narrativa.<sup>309</sup>

En última instancia, la ética narrativa se revela en cuanto índice de un cambio en la configuración de la moralidad y de la ética que residen en las argumentaciones bioéticas y no sólo.

Según el discurso que hemos venido considerando, la moralidad y, más aún, la ética, se presentan como instancias dialógicas e interrelacionales dinámicas y no como un sistema normativo y legislativo abstracto que vendría aplicado a los casos particulares, como nos indica el modelo jurisprudencial de la bioética contemporánea.

Esto, sin embargo, lo analizaremos más adelante.

En conclusión, podríamos decir que la ética narrativa es un acercamiento bioético que se esfuerza por colocar y poner el acento sobre la constitución del paciente en cuanto sujeto capaz de ser coautor de la propia vida, aún en el contexto médico-sanitario. A partir de esto, se desarrolla la convicción de que la enfermedad es un acontecimiento natural que entra en la vida de cada cual, y forma una parte muy importante de ésta. La enfermedad, de hecho, es, según la

---

<sup>309</sup> R. Charon y M. Montello dicen, muy claramente: "A narrative approach to bioethics focuses on patients themselves: these are the moral agents who enact choices. (...) The descriptions, analyses, and interpretations of their journeys through the moral realms of illness become our tradition, our storied past, the collectively held touchstone that enable us to know what to do next.

(...) Perhaps another result of narrative ethics' emergence will be the realization that, for patients and their families, the ethics under question are not located primarily in the technical questions of providing or withholding health care, allocating scarce resources, or preserving autonomy in the face of death. Those are ethicists' ethical considerations. In large part, the ethics in question are the ethics of ordinary life: how to fulfill life goals, to honor obligations, and to make sense of events in ways that make it possible to go on." R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. XI.

ética narrativa, un acontecimiento existencial de profundo significado personal. Por esto, la ética narrativa se presenta también en cuanto denuncia de una actitud despersonalizante de la enfermedad, de la muerte y, por ende, de la persona del paciente mismo, actitud típica de las sociedades en las que la tecnologización del dolor y de la muerte ha convertido, por contraste, la vida y la salud en bienes de consumo. La ética narrativa pretende recontextualizar la enfermedad dentro de la existencia familiar del paciente, haciendo de ella un evento social y comunitario comunicable lingüísticamente, reconocido y aceptado dentro de la comunidad misma, y catalizado por las tácticas de supervivencia y de adaptación propias de cada cultura.

En algunas ocasiones la ética narrativa denuncia las hipocresías sociales concretadas en los prejuicios alrededor de una enfermedad y, por ende, alrededor de las identidades de los enfermos; intenta donar nuevamente una identidad a quien sufre y a quien ha perdido, en la enfermedad o en la baja consideración del estatus de su enfermedad, el sentido y el espesor de su propio nombre. La ética narrativa se presenta, pues, en cuanto búsqueda de un sentido a los acontecimientos que minan la estructura y la constitución misma de un yo precipitado en la descomposición de la enfermedad. La ética narrativa es una pregunta por una atención personal hacia la humanidad de la muerte, dirigida hacia el grupo social que está alrededor del paciente y hacia los profesionales sanitarios.

El camino hacia una desmitificación de las enfermedades y de la medicina se revela, en realidad, todavía muy largo. La ética narrativa trata de progresar en la adquisición de una capacidad crítica hacia el arte y la práctica médica y clínica, hacia una sociedad acostumbrada

a considerar la salud como un bien de mercado, y hacia una sociedad que se considera, erróneamente, ya libre de todo tipo de prejuicio.

Una sociedad nunca será realmente libre hasta que será en grado de permitir a todos sus miembros poder ejercitar sus derechos de realización personal, en todas las dimensiones del ser humano, sin discriminaciones de algún tipo, en el respeto mutuo y recíproco de la humanidad misma de sus propios miembros. Ninguna sociedad, en este sentido, será libre si no tratará sus miembros en cuanto personas.

Y esto debería también ser el objetivo de la medicina.

Habiendo delineado, muy brevemente, la posible definición de ética narrativa, queremos ahora seguir analizando las características de tal acercamiento, retomando en consideración los hitos que hemos visto en este párrafo.

Es preciso señalar, sin embargo, que dentro de la definición de ética narrativa no entran simplemente los relatos del paciente, es decir, los *illness narratives*, sino también los *disease narratives*, o sea, los relatos que el médico, en cuanto profesional y en cuanto persona, elabora en un episodio de enfermedad. De hecho, el proceso de enfermar no es meramente parte de la vida de un sujeto, el enfermo, sino que entra también dentro de la esfera existencial del médico que le atiende.

Esto quiere decir que la ética narrativa posee una estructura narrativa compleja, compuesta por la interrelación de dos tipos de narrativizaciones: las narrativas existenciales y experienciales del sujeto *patients*, y las del sujeto que, desde siempre, viene visto como *capax*, es decir, el médico.

Ambos tipos de narrativas confluyen a formar lo que, en Italia, toma el nombre de *medicina narrativa*, es decir, la aplicación de la ética

narrativa al específico ámbito sanitario y de la relación médico-paciente.

Es este nombre que usaremos para dibujar el perfil de la práctica clínica que se desprende a partir de la ética narrativa aplicada.

## 9.2. Medicina narrativa

El Istituto Superiore della Sanità italiano define así la medicina narrativa:

La medicina narrativa, attraverso le storie, vuol comprendere le persone nel proprio specifico contesto per mettere a fuoco i bisogni e le nuove strategie di intervento. ([www.iss.it](http://www.iss.it), recuperado el 10/01/08).

La *medicina narrativa* es la modalidad de la práctica terapéutico-clínica que aplica el modelo teórico de la ética narrativa al espacio comunicativo de la relación médico-paciente, con la finalidad de mejorar tal relación e individuar mejores opciones terapéuticas en el cuidado del paciente.

Dicho de otro modo, la medicina narrativa es la práctica clínica que resulta de la aplicación de la ética narrativa al espacio comunicativo de la relación médico-paciente.

Tal tipo de metodología, elaborada en modo embrional por Rita Charon, de la Facultad de Medicina de la Columbia University, está encontrando un fértil ámbito de desarrollo en los Estados Unidos, y parece haber llegado también a las orillas de Europa en las épocas más recientes. Como hemos visto en el caso de la ética narrativa, que es el modelo biocultural teórico de la medicina narrativa, el desarrollo de

este acercamiento es debido a la constatación de la difusión de un proceso de deshumanización y despersonalización del contexto médico sanitario posmodernista, típico de las sociedades occidentales y sofisticadamente tecnologizadas.<sup>310</sup> En tal tipo de sociedad, por un lado, se ha verificado una transformación del concepto de enfermedad y, en un sentido más amplio, del sufrimiento y de la muerte dentro del horizonte de la existencia humana en cuanto tal. Por otro, a nivel práctico, hemos asistido a un cambio en la actitud y en el comportamiento por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes mismos. Se trata, pues, de la difusión de un proceso de reificación y de distanciación, no sólo del dolor, sino también de la persona que es el *homo patiens*. El sufrimiento ha sido aislado dentro del ámbito meramente hospitalario y, junto a ello, el paciente mismo ha sido relegado al rol de objeto de cura, absolutamente despersonalizado y privado de espesor de agente. La enfermedad ha así perdido el valor de vivencia personal, para venir considerada simplemente un acontecimiento clínico. La muerte viene, en tal contexto, vista como algo escandaloso que la ciencia tiene la obligación de rechazar y anular. El proceso de tecnologización se ha sustituido, pues, a la privacidad del sufrir: la deshumanización del dolor ha entrado dentro de la incomprensible combinación de enfermedad y muerte. La muerte, en muchos casos, viene alejada y transformada en formas de suicidio.<sup>311</sup>

---

<sup>310</sup> Seguramente, el fenómeno de emersión del modelo narrativo en medicina está relacionado a un conjunto de causas socio-culturales mucho más amplio. Sin embargo, en este trabajo, sólo se tomará en análisis el proceso de tecnologización sanitaria.

<sup>311</sup> W. M. Robinson relata que, en los años '90 en los Estados Unidos, con el difundirse del trasplante de pulmón, muchos pacientes afectados por fibrosis quística, en la espera del trasplante, venían sometidos a la ventilación asistida, por medio de una nueva máquina, denominada "BiPAP", es decir, *biphasic positive airway pressure*. Tal máquina proveía un nuevo método de ventilación mediante una máscara que cubría cara y nariz. Sin embargo, tal metodología se amplió a todos aquellos pacientes

---

afectados por fibrosis quística que no esperaban transplante. La BiPAP se transformó en una práctica común entre los moribundos de la fibrosis. Un paciente de cuarenta y uno años que había hasta entonces sobrevivido a la fibrosis quística, desarrolló dificultades respiratorias. Había decidido no solicitar algún transplante. Su médico, le ofreció el tratamiento de mantenimiento con este tipo de ventilador, poniendo más bien el acento sobre la "humanidad" de tal máquina que no implicaba intubación. El paciente aceptó, cuando sus condiciones empeoraron y sus dificultades respiratorias aumentaron. A pesar de que su respiración mejoró gracias a la BiPAP, su nivel de autonomía física fue anulado por la dependencia de la máquina. El paciente sufría por esta dependencia absoluta. Siempre había imaginado su muerte como un creciente grado de inconciencia que llegara: esta había sido la modalidad de muerte por los enfermos de fibrosis quística, cuando la máquina no existía.

Él dijo: "This machine has turned my death into a suicide. This has changed the story of my life." Él tenía ahora que elegir entre seguir siendo dependiente de la máquina para vivir, o apagarla y, por ende, suicidarse. En realidad, como nos dice Robinson, este paciente, que desde su infancia había convivido con la idea de su propia muerte precoz, una muerte en líneas generales determinadas por su enfermedad, no sufría por la angustia de morir. La soledad de la enfermedad y la inevitabilidad de su propia muerte habían constituido los momentos más significativos de toda su vida, escribiendo así una trama existencial que constituía el carácter básico de su existencia. En realidad, él agradecía de haber sobrevivido por muchos más años sobre la edad media de los afectados por esa enfermedad, y para él ya esto era un ganar en contra de la muerte, y una historia que contar. Sin embargo, su historia había sido drásticamente cambiada por la introducción de este nuevo método tecnológico que venía considerado como más piadoso. Entonces, su muerte ya dejaba de ser un proceso natural: sus pulmones habrían dejado de funcionar, y él se habría muerto. Ahora él tenía que *decidir* morir. Trás muchos meses sumetido al ventilador, la enfermera del *hospice* le encontró muerto en su casa. Había elegido, había vuelto a ser co-autor de su vida: había desconectado el ventilador. Cfr. W. M. Robinson, *The narrative of rescue in pediatric practice*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pgg. 105-106. Todo esto no quiere decir que estamos en contra del progreso tecnológico. El desarrollo de nuevas metodologías para mejorar las condiciones de los pacientes, y para curar enfermedades es algo muy deseable. Lo que aquí queremos subrayar, más en profundidad, es el hecho de que este tipo de progreso tecnológico no debe sustituirse al proceso humano del sufrir y del morir. Simplemente no puede. Sin embargo, a la base de esto hay elecciones morales y opciones existenciales. En este caso, así como dice Robinson, no habría conflicto moral, a la hora de analizar el relato. Se trata, pues, de un caso, terminado en modo trágico, en el que, sin embargo, el médico ofreció los medios disponibles en el supuesto interés del paciente y en la tentativa de alargar su vida. Y el paciente aceptó, ejercitando su propia autonomía. Sin embargo, lo que sí se puede objetar es el tipo de narrativa usada por el médico. En muchos casos, de hecho, el médico, para poder infundir más esperanza, usa un tipo de narrativización que Robinson define: *rescue narrative*. Tal tipo de narratividad entra dentro de las categorías narrativas de la sociedad tecnolozada, es decir, modernista. Tal tipo de narratividad se distingue por el rol asignado al médico o al progreso científico-tecnológico. La misión de estas dos dimensiones existenciales humanas es la de salvar las personas de la muerte. A veces no es tan sencillo encontrar las líneas de confín entre lo que es un mal y lo que es un mal peor. Morir es

Así que podríamos decir que una de las consecuencias más importantes de la introducción de la metodología de la ética narrativa dentro del ámbito médico-sanitario, es la de orientar la formación y el entrenamiento ofrecido a los estudiantes de medicina, a los bioeticistas y a los profesionales sanitarios, hacia la adquisición de *skills* hermenéuticos.

Las pautas de este tipo de entrenamiento pueden ser así resumidas:

- lectura e interpretación de textos complejos;
- escritura y relato oral de textos clínicos y éticos complejos;
- desarrollo de capacidades interrelacionales y empáticas, favorecido por la adquisición y familiarización con las primeras dos pautas;
- adquisición de la capacidad de pensar con las historias.<sup>312</sup>

La actitud generalizada que hemos encontrado en la mayoría de los médicos a los cuales han sido ofrecidas preguntas sobre la medicina narrativa, ha sido de subevaluar la importancia de adquirir tales competencias narrativas. La convicción general es que en realidad la presentación de un caso clínico, gracias a un lenguaje altamente especializado y científico, es decir, gracias al uso de un lenguaje que viene definido a través de la exclusión de una pluralidad de contextos semánticos, exclusión que limita su polisemia, es absolutamente objetiva, impersonal, o sea, verdadera.

Sin embargo, de forma consciente o menos, los médicos, así como todos los profesionales involucrados en el proceso de la cura de un paciente, cumplen elecciones exquisitamente retóricas sea a la hora de

---

algo malo, para un ser humano. Ser metido en condiciones de tener que elegir morir en la ilusión de poder vencer la muerte misma, es algo peor, creemos.

<sup>312</sup> A. Hudson Jones, *The color of the wallpaper: training for narrative ethics*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. 160.

presentar un caso, oralmente, sea a la hora de escribir un informe. En la constitución performativa de tales elecciones ellos reconfiguran la realidad de alguna manera, y eligen los medios para llevar a cabo esta reconfiguración de la realidad de una manera más bien que otra.<sup>313</sup> El género literario que viene comúnmente usado por los médicos no es otra cosa que esto: *uno de los tantos géneros literarios, es decir, un perlocutionary speech act.*<sup>314</sup>

Tal tipo de elecciones, entonces, influenciaría, según la finalidad de todo tipo de acto performativo de habla, la recepción y la interpretación del relato mismo o del mensaje escrito. Devenir conscientes de la presencia de esta finalidad perlocucional quiere decir devenir conscientes de las dinámicas sociales y lingüísticas que están a la base de la relación médico-paciente y, en sentido más amplio, de la

---

<sup>313</sup> C. Mattingly dice que relatar, también en el caso de la presentación de los casos clínicos, quiere decir estructurar la realidad según modalidades estéticas y retóricas aptas a convencer los otros a ver el mundo de una determinada manera. Cfr. C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 5.

<sup>314</sup> Mattingly subraya, muy justamente, el carácter societario de los actos performativos de discurso: de hecho, un acto perlocucionario es altamente dependiente del contexto en el que viene emitido. Su éxito, es decir, su misma razón de ser, es la de convencer, persuadir, portanto absolutamente relacionada con el contexto específico que lo recibe. Cfr. C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 16. Dentro del ámbito médico, pues, el género así llamado científico se ha consolidado como el único aceptado y el único reconocido en cuanto funcional a las finalidades médicas. En realidad, tal reconocimiento no es nada más que un acto convencional. Es justamente eso que la ética narrativa pretende que la medicina y los médicos reconozcan. Se trata, pues, de un lenguaje que dibuja y realiza de una determinada manera la realidad, no de la única manera de describirla.

También en otras ocasiones Mattingly dice: "Because effective stories have perlocutionary power, they can influence the subsequent actions of narrator and audience. Powerful stories can shape future actions in decisive ways, and this only increases the complex and intertwined relation between telling stories and talking actions. (...) A story, especially a personal story, allows us to see that- from other perspectives and/or through alternative 'editing'- other stories might have been told." L.C. Garro & C. Mattingly, *Narrative as construct nad construction*, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 18.



construcción que rige el mismo edificio del conocimiento médico. El desarrollo de tales competencias narrativas es lo que funda la necesidad de la ética y medicina narrativa.

Esto es muy importante, en primer lugar, a la hora de establecer una relación médico-paciente respetuosa de la individualidad de la existencia que el médico encuentra en el enfermo: la adquisición de las capacidades interpretativas, es decir, narrativas, permite desarrollar en igual medida las habilidades interrelacionales y empáticas que incluyen el saber escuchar y responder a la alteridad de la persona enferma.<sup>315</sup>

Se trata básicamente de desarrollar la capacidad de pensar con y dentro de las historias, y no simplemente a partir de ellas.<sup>316</sup>

Esto quiere decir reconocer la complejidad humana de la persona, así como Ricoeur ha subrayado en el perfilar su antropología en *Finitud y culpabilidad*. Las emociones, las sensaciones, los sentimientos constituyen la parte más importante de nuestra existencia, dado que son nuestra manera de adherir al mundo concreto de la realidad que la ciencia misma se esfuerza por analizar. Por esto mismo, la importancia de estas dimensiones no puede venir subvaluada, en la medida en que el paciente es persona humana, así como lo es el médico. La inconmensurabilidad de tales roles se acaba en el momento en que los dos vienen a ser considerados en el plano de la labilidad y de la humanidad. Pensar con las historias quiere decir aceptar, dentro del

---

<sup>315</sup> Cfr. A. Hudson Jones, *The color of wallpaper: training for narrative ethics*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pg. 161. Ella sigue así diciendo: "It requires an existential witnessing of patients' suffering that goes beyond the often task-oriented medical encounter. Kleinman, as physician, and Frank, as patient, both believe that clinicians should be willing to be with their patients in a human (as opposed to professional) relationship that constitutes a more radical form of narrative ethics." pg. 161.

<sup>316</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, y D.B. Morris, *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30 n. 6 Nov.-Dec. 2000, (7-16).

horizonte de la propia individualidad, la hipótesis de que existan otros horizontes de sentido que estructuran de manera distinta la vida del otro: quiere decir intentar aceptar la alteridad del otro, otras dimensiones valorativas, otras elecciones posibles. En pocas palabras, quiere decir aprender a escuchar la presencia viva de la alteridad en la labilidad de la constitución humana.

En segundo lugar, el acto de reconfigurar narrativamente los eventos, posee una valencia clínica fundamental.<sup>317</sup>

La dimensión narrativa con su dimensión reconfigurativa de la temporalidad, dibuja las distintas variaciones imaginativas que inheren a las distintas terapias disponibles para adoptar. La proyección narrativa de los acontecimientos, pues, despliega la elaboración de líneas comportamentales y guías para la conducta clínica. La exposición narrativa de los hechos pasados permite una proyección, a partir de la presencialidad del relatar, en el futuro terapéutico y existencial del paciente.<sup>318</sup>

Así, podríamos decir, con C. Mattingly, que existen tres tipos de formas narrativas que tienen que ver con la dimensión de la enfermedad y del proceso de cura:

---

<sup>317</sup> C. Mattingly dice: "Storytelling offers one way to make sense of what has happened and this makes stories essential to practice. Therapists seem to require a recounting of past events in order to situate their current work. It is as though they consult a kind of time map, discovering where they can go, and where they currently stand, only by glancing back at where they have already traveled. Such storytelling is a highly rhetorical and social sense-making activity. (...) Storytelling thus becomes a significant action used to "further" the direction they wish therapy to take." C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 6.

<sup>318</sup> B. Hurwitz dice: "Through stories we are able imaginatively to enter into other worlds, shift viewpoints, change perspectives, and focus upon the experience of others." B. Hurwitz, *Narrative and the practice of medicine*, "The Lancet", 2000, n. 356, (2086-2089), pg. 2086.

- *narrativas “eventuales”*- reconfiguran el curso de los eventos, es decir, de las acciones y, más específicamente, de las interacciones humanas;
- *narrativas experienciales*- presentan la interacción entre el sujeto y la realidad mundanal en la que él está insertado y permiten inferir la dimensión emocional y sentimental propias del sujeto en cuestión. La experiencia, en este contexto, indica todo lo que acontece y que luego viene reconfigurado dentro de un esquema narrativo preciso;
- *variaciones imaginativas y narrativas*- la reconfiguración narrativa de la experiencia no presenta, simplemente, un relato sobre eventos experienciales pasados, sino que se constituye como experiencia en sí para quien escucha.<sup>319</sup>

La interacción entre estas tipologías narrativas construye el enredo de la narrativa que acontece y constituye la *narrative medicine*. Todas ellas implican la interrelacionalidad de dos o más interlocutores involucrados en una situación peculiar que es el contexto semántico del acto performativo del relatar. La distinción de tales tipologías narrativas tiene que ver también con el tipo de interlocutor involucrado, con el tipo de respuesta que viene demandada y con el rol del narrador directa o indirectamente hablante. De todas formas, todos los tipos de narrativa concurren a delinear el significado y el control semántico del acontecimiento de la enfermedad dentro del horizonte y del escenario de una identidad personal particular insertada en un contexto cultural y familiar determinado. Este elemento constituye el carácter distintivo de la ética y de la medicina narrativa: la consideración, dentro del escenario sanitario, del rol jugado por el ambiente circundante y por el

---

<sup>319</sup> Cfr. C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 8.

contexto de la persona enferma. La enfermedad no viene, pues, considerada simplemente como un acontecimiento singular, sino como fenómeno que acontece dentro de un cuadro comunitario específico que influye sobre el desarrollo de la trama de la historia personal de un sujeto.<sup>320</sup>

La medicina narrativa en cuanto práctica clínica, pues, tiene la tarea de recontextualizar la enfermedad dentro del espacio relacional, que viene mediado lingüísticamente y simbólicamente a la hora de comunicar el dolor, espacio que pone en relación la individualidad de una persona con su propia dimensión cultural y comunitaria.

La enfermedad se vuelve así lugar relacional en el que vienen mediadas, narrativamente, estrategias de integración social, más o menos genuinas, y modos de vivir experiencias extremas. La interrelacionalidad de tales dimensiones expresadas en la reconfiguración narrativa del *illness narrative* es lo que constituye el objeto de atención de la medicina narrativa.

Podríamos, pues, decir que la medicina narrativa presenta dos niveles, constitutivamente relacionados entre sí: por un lado, de hecho, se esfuerza por dar relevancia a la enfermedad en cuanto experiencia dentro de un plano altamente subjetivo (que es el de la vivencia intransferible del dolor, moral, físico y psicológico); por otro, intenta recontextualizar el sufrimiento dentro de un nivel comunitario-familiar y sanitario-institucional.

---

<sup>320</sup> C. Mattingly dice: "Illness has very often emerged as something experienced, represented, negotiated, by individuals. Even when illness has been placed within large-scale structures, the economies and policies of nations, narrative-based studies have tended to bring the analyst's focus close to individual actions and experiences. Because personal narratives offer symbolic and metaphorical readings of personal experience and action, these aspects of cultural life play a large role in narrative-centered studies of illness and healing." C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pg. 10.

Recontextualizar el rol de la medicina dentro de este escenario quiere decir devolver a la interrelacionalidad lingüística su estatus de originaria vía de comunicación interpersonal.

Esto implica también reflexionar sobre la tipología metodológica que media la construcción y difusión del conocimiento en la medicina y en la institución médica en cuanto política sanitaria.

Analícemos ahora el segundo hito generado por la inserción del método antropológico-literario dentro de la constitución cognoscitiva de la medicina: es decir, la naturaleza epistemológica y crítica del conocimiento a partir de la consideración narrativa y lingüística que media todo tipo de conocimiento humano.

Nuestra tesis es que la medicina construye el objeto de su estudio de modo narrativo, es decir, se realiza en cuanto instancia lingüística así como todas las otras disciplinas humanistas y, por ende, posee un irreductible acercamiento narrativo a las cuestiones.<sup>321</sup>

La traducción del *illness narrative* al *disease narrative*, es decir, la interpretación del relato del paciente a la luz de la taxonomía médica, es un acto hermenéutico: se trata de una acción de traducción, desde un lenguaje a otro. Tal *performance* narrativa constituye una de las acciones básicas de la construcción del conocimiento en medicina. Se trata, pues, de una labor lingüística que realiza la transmisión de informaciones desde el paciente al médico, posibilitando así el intercambio entre estos dos personajes, y el encuentro en el ámbito

---

<sup>321</sup> B. J. Good y M. DelVecchio Good dicen: "Physicians practice in stories. They carry out their work by developing narrative accounts of patients and formulating therapeutic activities in relation to these accounts. They reason and make decisions in narrative terms." B. J. Good and M. DelVecchio Good, "Fiction" and "historicity" in doctors' stories, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pgg. 50-51.

simbólico de dos roles sociales puestos en posiciones aparentemente inconmensurables.<sup>322</sup>

Esto quiere decir, básicamente, que la medicina construye lingüísticamente el objeto de su atención, configurando las enfermedades, los roles de los pacientes, de los médicos, los síntomas, la percepción de las sensaciones (de dolor, por ejemplo), los estándares de atención clínica, y hasta la corporeidad de las personas mismas. Todo el *corpus* del conocimiento médico descansa sobre una dimensión narrativo-lingüística que es común a la construcción cultural de la mitología y de las cosmovisiones.<sup>323</sup>

Ahora bien, para poder analizar tal discurso, deberíamos entrar en el proceso generativo a través del cual la medicina formula y reorganiza la realidad de la que quiere ocuparse.

B. Good analiza tales procesos a partir de la tesis según la cual el aprendizaje de la medicina pasa, en primer lugar, por el entrenamiento a ver la realidad según modalidades distintas, es decir, a formular lenguajes peculiares para describir la realidad del cuerpo humano y del sufrimiento. En tal modo, la realidad viene a cambiar no sólo su aspecto, sino su manera de ser elaborada, experimentada e interpretada. Esto

---

<sup>322</sup> "Thus, while patients experience "sickness" in the context of life narratives, the lived body, and diverse form of social relations and power structures, medicine constructs the objects of therapeutic attention as ahistorical, atemporal, and nonsocial dimensions of the medicalized body." B. J. Good and M. DelVecchio Good, "Fiction" and "historicity" in doctors' stories, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 51.

<sup>323</sup> No estamos paragonando la medicina a una superstición o a una ideología. Estamos simplemente diciendo que, en realidad, también dentro de la medicina es posible que se encuentren estas categorías de pensamiento o de manipulación. En este sentido, la ética narrativa, la inserción de las metodologías humanistas y del análisis lingüístico se presentan como tentativa de desenmascarar los peligros de intrusión de tales supersticiones dentro del proceso de cura de una persona enferma. Se trata también, en sentido más amplio, de proteger el cuerpo del conocimiento científico.

quiere decir que el aprendizaje de la medicina pasa por un inevitable proceso de medicalización de la realidad, en sentido general, y del cuerpo humano, en modo particular. Entrar en el mundo de la medicina, dice Good, quiere decir, adquirir el conocimiento de una distinta *Lebenswelt*, o sea, entrar en un sistema de la realidad distinto del común.<sup>324</sup> Esto quiere decir, en primer lugar, que los estudiantes aprenden a “ver”, “describir” y a “escribir cerca de” un mundo que viene estructurado (lingüísticamente) de manera diferente. Esta parece una banalidad.

Lo que aparece menos trivial, es el hecho de que también estos objetos medicalizados vienen a constituirse en una dimensión narrativa y que el razonamiento, la lectura de los datos, la interpretación de ellos y los procesos de cura son todas instancias irreductiblemente narrativas.<sup>325</sup>

Todos estos procesos implican, no sólo el aprendizaje de un lenguaje peculiar, el médico, sino también el llevar a cabo *performance* narrativas, en un preciso contexto, con un determinado estilo retórico y con un tipo de *audience*. Esto quiere decir que los médicos, así como cualquier narrador, seleccionan los eventos que son más relevantes a la funcionalidad de la *performance* lingüística que tienen que presentar, los organizan según un orden temporal (que, en este caso peculiar, casi siempre tiene como inicio narrativo las condiciones del paciente al momento de acceder al espacio sanitario, el hospital o urgencias o entrar dentro de un estudio médico o las que se presentaban al momento de la manifestación de los primeros síntomas, y que respeta

---

<sup>324</sup> Cfr. B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 71.

<sup>325</sup> Cfr. B. J. Good and M. DeVecchio Good, “Fiction” and “historicity” in doctors’ stories, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 53.

un orden cronológico estricto), y eligen el tipo de mensaje que quieren transmitir a sus auditores. Los médicos, pues, construyen una trama a partir de algunos particulares elementos que son funcionales a la presentación del enfermo.

La persona, en este sentido, al momento de entrar en la dimensión médica, se vuelve caso (más o menos interesante: tal grado tiene que ver con la rareza de los hechos que los médicos notan o que deciden traer a colación durante la presentación).

La pretensión de la medicina de haber elaborado un tipo retórico y un género literario que tomaría el nombre de *realismo médico*,<sup>326</sup> entendiéndose con eso un tipo de lenguaje absolutamente neutral en grado de describir la realidad en manera atemporal, ahistórica y apersonal, es una pura ilusión. El lenguaje, cualquier tipo de lenguaje, nunca es neutral, siendo influenciado por las intenciones del hablante, su posición física en el mundo, es decir, su perspectiva, su entorno cultural, su dimensión histórica, etc...

La identidad narrativa del hablante es un principio dinámico, así como lo es la realidad desde y de la cual habla, nunca completamente

---

<sup>326</sup> Para todo esto, véase B. J. Good and M. DelVecchio Good, "Fiction" and "historicity" in doctors' stories, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pgg. 56-59. Good dice, en la página 59: "The student begins to recognize prototypical patterns, learns to place a patient along a typical continuum of illness, and discovers the efficacy of formulating disease in this fashion and responding accordingly. Clinical stories, thus, come to be seen less and less as arbitrary or 'fictional', and more as having a 'realist' quality: they represent reality in a fashion that allows routine but powerful interventions." El *realismo* viene considerado una forma de neutralidad retórica. Tal neutralidad viene expresada, gramaticalmente, mediante la elección de formas impersonales, como el uso de la tercera persona singular, o de la tercera persona plural en cuanto sujetos. Sin embargo, ser realista no necesariamente quiere decir ser neutral.



transparente a sí misma, sino abierta a la labor hermenéutica de reconstrucción contextual-valorativa.<sup>327</sup>

Tales procesos de medicalización de la realidad y del lenguaje son lo que permiten elaborar una taxonomía general y que posibilitan el reconocimiento de patologías dentro de un esquema común. Es este aspecto, pues, lo que permite la atribución a la medicina de un valor científico erróneo: erróneo no en sí mismo, sino en cuanto absolutizado. En realidad, estos procesos son absolutamente necesarios para el aprendizaje del arte de la medicina.

Lo que queremos de todos modos aquí subrayar es el hecho de que tal *realismo médico* es, en última instancia, una útil ilusión funcional a la difusión del conocimiento. El *realismo* no es nada más que otra forma de la *ficción médica*, que es, básicamente, *ficción lingüística*.<sup>328</sup>

Nuevamente vemos aquí como la ética y la medicina narrativa se presentan en cuanto instrumentos de una crítica orientada a

---

<sup>327</sup> Garro y Mattingly: "Narratives never simply mirror lived experience or an ideational cosmos, nor is a story a clear window through which the world, or some chunk of it, may be seen. Telling a story, enacting one, or listening to one is a constructive process, grounded in a specific cultural setting, interaction, and history. Text, context, and meaning are intertwined." L.C. Garro & C. Mattingly, *Narrative as construct and construction*, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 22.

<sup>328</sup> Good&Good dicen: "Students enter the world of medicine by learning how to constitute disease through a set of distinctive narrative practices. They gain competence as they learn to tell stories that accurately represent physiological reality and provide a basis for effective interventions. (...) The stories students tell about their experiences indicate a complex set of reflections on this process. The "inner life" of physicians is hardly a simple reflection of the "medical model" or medical ontology so widely analyzed by social scientists. On the one hand, students are drawn by the power of the medicalized representation of the body, (...) fascinated by their own growing power to treat complex medical conditions in an effective manner. (...) On the other hand, students experience the conventionality of medical practice." B. J. Good and M. DelVecchio Good, "Fiction" and "historicity" in doctors' stories, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pgg. 65-66.

desenmascarar las falsas convicciones que constituyen nuestras creencias acerca de la medicina y de su práctica.<sup>329</sup>

Podríamos decir que el *corpus* narrativo de la medicina y de la experiencia médica viene estructurado a partir de una interrelación retórica compuesta por ficción, historicismo y "realismo". Tal interrelación retórica da vida a una narrativa peculiar en su género que podríamos definir *narrativa clínica*. Ahora bien, tal tipología narrativa no está libre de elementos propiamente culturales: muy al contrario, también en este caso, el proceso narrativo se construye dentro y a partir de un *humus* cultural semántico irreductible.<sup>330</sup> Esto quiere decir que también el proceso que está a la base de la elaboración de las narrativas clínicas, es un proceso hermenéutico en el que significados y signos vienen interpretados, evaluados y organizados según un sistema semántico interno a la cultura tomada en consideración.<sup>331</sup> Es decir, la medicina es un subsistema cultural.

Ahora bien, la narrativa clínica posee un inicio narrativo bastante preciso: la entrada del sujeto en la dimensión hospitalaria o sanitaria o, en algunos casos, la aparición de los síntomas, que *a posteriori* el sujeto

---

<sup>329</sup> B. J. Good and M. DelVecchio Good, "Fiction" and "historicity" in doctors' stories, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 67: "And physicians' narratives, told in the *reflective mode*, represent a form of critical consciousness in relation to the incessant instrumentalism of medical practice."

<sup>330</sup> "Narrative is a fundamental human way of giving meaning to experience. In both telling and interpreting experiences, narrative mediates between an inner world of thought-feeling and an outer world of observable actions and states of affairs. Creating a narrative as well as attending one, is an active and constructive process- one that depends on both personal and cultural resources." L.C. Garro & C. Mattingly, *Narrative as construct nad construction*, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 1.

<sup>331</sup> Siempre L. Garro y C. Mattingly dicen: "The meaning one attributes to emplotted events reflects expectations and understandings gained through participating in a specific social and moral world." L.C. Garro & C. Mattingly, *Narrative as construct and construction*, en C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 3.

relata al médico. El sujeto entra en la historia clínica en cuanto paciente o potencialmente tal: su relato viene escuchado y traducido al lenguaje médico, casi siempre de manera escrita.<sup>332</sup>

El paciente viene, pues, entendido aquí como un texto que provee informaciones que luego encuentran concreta presencia en los resultados de pruebas empíricas.

Las narrativas clínicas, que podríamos ahora también llamar *disease narratives*, organizan la construcción temporal de los acontecimientos alrededor de los instantes pasados dentro del ambiente hospitalario o sanitario: el cronotopo<sup>333</sup> propio de esta narrativa es el espacio médico en el que el sujeto es paciente. Tal dimensión cronotópica podría ser llamada *tiempo medicalizado*. El espacio-tiempo hospitalario siempre aparece como un paréntesis en el tiempo de una existencia, lejos del ambiente en el que se desarrolla la vida de una persona.<sup>334</sup>

La relación que se instaura desde el punto de vista temporal, pues, entre *disease narratives* e *illness narratives*, es de tipo integrativo. De hecho, mientras que en los *disease narratives* el tiempo posee casi siempre una

---

<sup>332</sup> "Writing both reflects and shapes conversations with patients. It provides the categories and structures of those conversations, and it represents a structure of relevance that justifies the systematic discounting of the patient's narrative. It organizes the patient as a document, a project to be worked on. (...) But the medical students' lack of concern about their conversations with patients is also a result of their perception that the central speech acts in medical practice are not interviewing patients but presenting patients." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 78.

<sup>333</sup> Cfr. T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, ppg. 67-80, para una definición de 'cronotopo': "Chronotopes are the interrelations of time and space in narrative discourse." pg. 76.

<sup>334</sup> "(...) the tempo of the narrative expands as the patient enters into the sphere of the health care professional. The physical space of the text increases as the characters enter the spaces of the hospital or medical office and decreases when the events of the story take place outside this setting.

The consequence of this chronotope is that social issues tend not to be a concern of medical ethics. When cases are presented with a chronotope that extends our moral concerns only toward what is happening within the setting of the hospital, the result is that the world outside the hospital does not seem to matter." T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, pg. 78.

cronología lineal ritmada por el desarrollo, remisión o agutización de la enfermedad (en este sentido podríamos decir que la temporalidad de la narrativa clínica es la temporalidad de la enfermedad), la dimensión temporal peculiar de los *illness narratives* intenta reconfigurar semánticamente los acontecimientos, así como hemos anteriormente visto.

La temporalidad de los relatos de la enfermedad, en su conjunto, viene a constituirse gracias a la integración de ambas tipologías temporales. Cada una de ellas representa una perspectiva de alteridad sobre la temporalidad absoluta.

La tarea de la medicina narrativa es, pues, reintegrar la temporalidad de los relatos clínicos dentro de la temporalidad de la vida del paciente y viceversa, al fin de llevar a cabo un proceso interpretativo que tome en consideración la dialogicidad de las dimensiones relacionales médico-paciente.

La narrativa, en tal sentido, provee los medios para relacionar, en su desarrollo, las experiencias y los eventos contrastantes exasperados por el sufrimiento. La narrativa, entonces, se presenta en cuanto núcleo relacional de reintegración de los elementos subjetivos-sociales e institucionales que están involucrados en el acontecimiento del enfermar.<sup>335</sup> En pocas palabras, la medicina narrativa se revela como tentativa de reconstrucción de una identidad narrativa, por ende, personal, y de una temporalidad quebradas.

---

<sup>335</sup> "I argue that social structures and practices mediate and further shape the 'unmaking' of the lifeworld, requiring us to pursue a 'critical' phenomenology. And I explore the hypothesis that narrative, the imaginative linking of experiences and events into a meaningful story or plot, is one of the primary reciprocal processes of both personal and social efforts to counter this dissolution and to reconstitute the world." B. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003, pg. 118.

En conclusión, podríamos esquematizar la estructura de los relatos de la enfermedad (sea en la acepción de *disease* sea en la de *illness*), diciendo que están compuestos por partes narrativas que poseen funciones perlocucionales determinadas y que, en el conjunto, constituyen un modelo comunicativo integrativo e integrante:

- texto experiencial o *illness narrative*- significado asignado por el paciente a los variados síntomas, elecciones clínicas, y a los modelos explicativos profesionales y culturales;
- texto narrativo o *disease narrative*- interpretación y traducción en términos taxonómicos del *illness narrative*;
- texto físico o perceptivo- ejercicio de la razón práctica que reside a la base del examen físico del paciente;
- texto instrumental- resultado de las pruebas empíricas.<sup>336</sup>

Ahora bien, la medicina narrativa trata de reorganizar estas tipologías narrativas, dando prioridad y mayor énfasis sobre la esfera de los *illness narratives*, en contraste con las tendencias actuales propias de la medicalización del dolor y de la salud. En pocas palabras, la medicina narrativa se esfuerza por proveer a los pacientes una *narrativa terapéutica* en grado de tomar en profunda consideración sus contextos existenciales y emocionales, el contexto cultural y familiar a partir del cual vienen elaborados los mismos relatos, el contexto cultural-científico que produce la traducción taxonómica de tales relatos, y dibuja las probables líneas de conducta terapéuticas en el respeto de la identidad narrativo-personal de los sujetos.

La medicina narrativa intenta, pues, desplegar un movimiento de reconfiguración de las dimensiones personales, profesionales e institucionales involucradas en la enfermedad, sobre todo la crónica o

---

<sup>336</sup> Cfr. T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325) (recuperado de [www.bmj.com](http://www.bmj.com) el 23/09/05), pg. 325.

la que pone en riesgo la vida de un hombre. La medicina narrativa abre, pues, el espacio a una consideración más global de la humanidad del paciente, a partir de su dimensión corpórea, hasta la dimensión emocional y cultural que lo constituyen. Vuelve a colocar el sufrimiento de la enfermedad entre los acontecimientos significativos de la existencia humana, evitando así de dejar caer en el sinsentido la existencia misma de un sujeto gravemente enfermo; pone al centro de la atención la constitución familiar de cada cual, su proveniencia cultural y a leer en estas dimensiones los espejos que reflejan la constitución de una *Lebenswelt* propia; y transforma la relación médico-enfermo en una alianza que negociaría los pasos hacia la recuperación de la salud.

### 9.3. ¿ *Narrative-based medicine* vs. *Evidence-based medicine*?

La *evidence-based-medicine* es el modelo de medicina que está a la base de la consideración modernista de la ciencia, es decir, del pensamiento positivista.<sup>337</sup> Pretensión de tal tipo de modelo es la existencia de un *corpus* de conocimiento universal, neutral, atemporal y ahistórico, influenciado simplemente por el ritmo del desarrollo tecnológico que puede ser de auxilio a la elaboración de medios más eficaces y eficientes.

---

<sup>337</sup> "Evidence-based-medicine argues for the fundamental separability of expertise from the expert, and of knowledge from knower, and the distillation of medical truths outside the clinical encounter would seem allow both buyers and sellers in the health care market to act independently and rationally." S. Tannenbaum, *Getting there from here; evidentiary quandaries of the US outcomes movement*, "J. Eval. Clin. Pract.", 1995, n. 1, (97-103).

El actual entrenamiento que, en general, los médicos reciben durante su formación académica en las sociedades industrializadas y, por ende, en nuestra sociedad occidental, sugiere la idea de que la medicina sea una ciencia y que los médicos sean observadores neutrales de una realidad que puede ser descrita y analizada según el estándar de la objetividad. Esto conlleva la representación del médico en cuanto investigador imparcial de una serie de posibles diagnósticos diferenciales, diagnósticos que vienen a asumir, pues, el perfil de una serie de hipótesis sujetas al principio de falsificación con el auxilio de los medios tecnológicos de análisis.<sup>338</sup>

Transferido al plano ético, tal acercamiento implica una errada manera de proceder sea en el arte médico y en la práctica clínica, sea en el proceso que lleva a la toma de decisión en el ámbito de la relación médico-paciente. Es decir, a partir de la premisa que la medicina es una ciencia y el médico un científico, sigue la consecuencia que también el proceso de *decision-making* en el ámbito clínico asume rasgos parecidos a los que posee un descubrimiento científico *per se*, es decir, rasgos de universalidad, de repetibilidad estadística.<sup>339</sup>

Ahora bien, lo que emerge, a la hora de analizar este tipo de acercamiento, es la disonancia existente entre la ciencia médica

---

<sup>338</sup> Cfr. T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325). "(...) the practice of evidence-based-medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence...By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice." D.L. Sackett, W.M.C. Rosenberg, J. Gray, R.B. Haynes, W.S. Richardson, *Evidence-based-medicine: what it is and what it isn't*, "BMJ", 1996, n. 312, (71-72), citado en T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325), pg. 323.

<sup>339</sup> Nuevamente Greenhalgh dice: "The evidence based approach to clinical decision making is often incorrectly held to rest on the assumption that clinical observation is totally objective and should, like all scientific measurements, be reproducible." T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325), pg. 323.

entendida en cuanto "objetiva" y el arte de la medicina clínica y del juicio médico, en cuanto integración de métodos y de perspectivas.

La ciencia se encuentra preocupada por la formulación y la tentativa de falsificación de hipótesis, gracias al uso de medios reproducibles que permitan la construcción de métodos generalizables, es decir, que posibiliten la formulación de proposiciones sobre comportamientos universales.<sup>340</sup>

Según lo que hemos venido viendo hasta ahora, este discurso es inaplicable a la disciplina de la medicina. La medicina, como hemos dicho, parece más bien ser un arte interpretativo, constituido por una variedad de significados culturales que estructuran y configuran hasta la corporeidad y la percepción del dolor y de los síntomas. La medicina, según lo dicho, posee una constitución cultural y, por ende, narrativa, irreductible y no generalizable.

Lo que quisiéramos aquí analizar es la tercera y última instancia de este apartado, es decir, el proceso de autoreflexión de la medicina y, por ende, de la bioética que viene posibilitado gracias a la aplicación del método hermenéutico y de algunas teorías narratológicas a la práctica clínica. La medicina narrativa resultaría ser un método crítico que permitiría tal tipo de autoreflexión de la medicina sobre los futuros objetivos por lograr, no simplemente sanitarios, sino humanitarios.

---

<sup>340</sup> Cfr. T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325), pg. 323. También Hunter dice: "The practice of medicine is an interpretive activity. It is the art of adjusting scientific abstractions to the individual case. (...) Yet medicine's focus on the individual patient, fitting general principles to the particular case, means that the knowledge possessed by clinicians is narratively constructed and transmitted. (...) Medicine, for all its reliance on esoteric knowledge and sophisticated technology, is not a science. (...) Nevertheless, no matter how scientific it may be, medicine is not a science as science is commonly understood: an invariant and predictive account of the physical world. Medicine's goal is to alleviate present suffering." K. Montgomery Hunter, *Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 1991, pgg. XVII-XVIII.



En este sentido es imposible considerar la práctica clínica de modo ajeno al proceso de tomas de decisiones. La diagnosis, de hecho, siempre viene seguida por unas elecciones terapéuticas. Las oposiciones y los desacuerdos entre las posibilidades terapéuticas, en muchos casos, nos ofrecen la ocasión de constatar el hecho de que la toma de decisiones no siempre es transparente y sencilla como la *evidence-based-medicine* parece postular. Tal complejidad es, en realidad, lo que más nos interesa porque nos sugiere que el cuadro de la práctica clínica resulta ser mucho más articulado respecto con la precisión técnica de los medios y de los instrumentos de análisis de laboratorio.<sup>341</sup>

La medicina basada sobre la evidencia se apoyaría, pues, en el proceso hermenéutico que permite la interpretación de los datos mediante su traducción y su integración dentro de un sistema cognoscitivo más amplio y disponible en el *corpus* del conocimiento universal. Sin embargo, tal tipo de acercamiento, en última instancia, descansa sobre un cálculo probabilístico de riesgo: la verdad universal que vislumbraría a través de las pruebas técnicas puede pertenecer, al límite, a la historia de una población, pero no necesariamente a la de un individuo particular, de una persona.<sup>342</sup> El *gap* existente entre estos dos tipo de narrativas, es decir, la *sickness narrative* y la *illness narrative*, no puede venir colmado sin la mediación de una medicina narrativa

---

<sup>341</sup> Sin embargo, como señala Greenhalgh: "Evidence supports the claim that doctors do not simply assess symptoms and physical signs objectively: they interpreted them by integrating the formal diagnostic criteria of the suspected disease (that is, what those disease are supposed to do in 'typical' patients as described in standard textbooks) with the case specific features of the patients' individual story in their own accumulated professional expertise." T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325) (recuperado de [www.bmj.com](http://www.bmj.com) el 23/09/05), pg.323.

<sup>342</sup> Cfr. T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325) (recuperado de [www.bmj.com](http://www.bmj.com) el 23/09/05), pg. 324.

que ponga de relieve más bien el dolor y el sufrimiento del paciente respecto al *mal* representado por la enfermedad e interpretado por el médico.

Ahora bien, lo que queremos aquí plantear no es una oposición radical entre *evidence-based-medicine* y *narrative-based-medicine*. Se trata más bien de buscar una integración de estos dos tipos de acercamientos en la tentativa de formular un tipo de juicio diagnóstico que es, en última instancia, un *juicio médico integrado*, es decir, compuesto por la mixtura de EBM y NBM.

La EBM, de hecho, se presenta en cuanto metodología apta para transferir los resultados científicos en la práctica clínica, sin embargo, se revela insuficiente a la hora de actualizar este tipo de habilidad en el caso individual y específico de cada paciente. Para hacer esto es necesario utilizar una metodología distinta en grado de integrar la taxonomía propia del *corpus* cognoscitivo médico con la particularidad de la identidad narrativo-personal del paciente, o sea, con su propia historia.

Así que, mientras la medicina basada sobre la evidencia es indispensable para investigar en modo científico sobre una enfermedad o sobre el estado físico de un paciente particular, la medicina narrativa se presenta en forma igualmente imprescindible a la hora de actualizar tales informaciones en la existencia óptica de tal persona. La *evidence-based-medicine* sin el apoyo de la medicina narrativa corre el riesgo de transformarse en un cálculo estadístico completamente disociado de la práctica clínica, un tipo de medicina abstracta y poco adecuada a las necesidades actuales; la *narrative-based-medicine*, por otro lado, sin la presencia de la medicina basada sobre la evidencia, corre el riesgo de

perderse en las abstracciones psicológicas de una actitud clínica new age.

La integración de tales acercamientos, en cambio, permite transformar la relación médico-paciente en espacio transaccional en el cual las elecciones terapéuticas vienen cumplidas a partir de una atención sea hacia la esfera terapéutica en sí, sea hacia la particularidad vivencial del sujeto enfermo.<sup>343</sup> El paciente, en tal perspectiva, viene a ser una *persona enferma*, y viene a ser considerada en la peculiaridad de su historia y de su identidad, dejando de ser vista como simple *paciente* (en el sentido etimológico del término). Abrir tal espacio transaccional quiere decir llevar a cabo un acto de reconocimiento de la identidad de la persona enferma y tomar en consideración la humanidad de tal persona, la importancia de las variadas dimensiones que la componen. En pocas palabras, quiere decir aceptar y posibilitar el desarrollo de otras perspectivas que no sean simplemente las de la cura, sino también del cuidado; quiere decir ampliar el sentido de las palabras “salud” y “terapia”, insertando en ellas la dimensión de la restauración del significado propio de la identidad personal. Abrir tal espacio significa permitir la emersión de otras narrativas, de otros relatos, de otras dinámicas existenciales, sea para el profesional sanitario sea para la persona que sufre. Tal espacio transaccional abre, pues, la posibilidad que el encuentro entre médico y paciente sea, en sí mismo, terapéutico y que la *illness narrative* venga, al final traducida en una *therapeutic narrative*.

---

<sup>343</sup> Greenhalgh dice: “Appreciating the narrative nature of illness experience and the intuitive and subjective aspects of clinical method does not require us to reject the principles of EBM. Nor does such an approach demand an inversion of the hierarchy of evidence so that personal anecdote carries more weight in decision making than the randomised controlled trial.” T. Greenhalgh, *Narrative based medicine in an evidence based world*, “BMJ”, 1999, n. 318, (323-325) (recuperado de [www.bmj.com](http://www.bmj.com) el 23/09/05), pg. 325.

La medicina basada en la evidencia, en realidad, ya presupone una interpretación contextual de la experiencia de enfermedad llevada por la individualidad del paciente. Lo que le falta es, sin embargo, la integración en la práctica clínica de la consideración de los contextos ulteriores que están involucrados dentro de la experiencia misma del enfermar. La consideración de tales contextos contribuiría a tomar en examen la compleja estructura de las vivencias personales que, casi siempre, son el motor de la toma de decisiones, también de las terapéuticas. La *evidence-based-medicine*, pues, tiene que venir recontextualizada dentro de tal complejidad que es, en última instancia, la complejidad humana.

Ahora bien, esto quiere decir que la introducción de la medicina narrativa dentro del espacio de la *evidence-based-medicine*, debería transformar la relación médico-paciente en un ámbito de negociaciones entre dos aliados en contra de la enfermedad, en el respeto de las distintas personalidades y humanidades.<sup>344</sup> A la base de esto reside, pues, el reconocimiento de una identidad irreductible en grado de sentir, experimentar, comunicar y, sobre todo, en grado de elegir cuál es lo mejor para sí mismo. Reconocer tal tipo de identidad quiere decir reconocer al paciente el derecho de interpretar la propia experiencia a la luz de nuevos acontecimientos que se presentan extremos, de dibujar un posible futuro, de llevar a cabo proyectos o simplemente acabar los que desea; quiere decir permitirle interpretar su vida entera, sus relaciones, y eventualmente, perdonarse y perdonar,

---

<sup>344</sup> "A narrative analysis offers a way to examine clinical life as a series of existential negotiations between clinicians and patients, ones which concerns the meaning of illness, the place of therapy within an unfolding illness story, and the meaning of a life which must be remade in the face of serious illness." C. Mattingly, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pgg. 20-21.

restableciendo la concordancia discordante de la historia de la propia existencia y de la propia trama. Dar esta posibilidad a una persona enferma quiere decir, al final, permitirle seguir viviendo aún dentro de la enfermedad.

## **§ 10. Perspectivas críticas**

Es preciso ahora intentar dibujar unas líneas críticas acerca del discurso que hemos desarrollado a lo largo de estos capítulos.

Intentaremos contextualizar el fenómeno de la ética narrativa dentro de dos marcos específicos: el teórico-narrativo, es decir, reflexivo, y el histórico. La ética narrativa, de hecho, se presenta en cuanto acercamiento contemporáneo a los problemas bioéticos planteados especialmente por la relación médico-paciente; sin embargo, la constitución de tal fenómeno socio-cultural pertenece a ámbitos críticos previos, es decir, la hermenéutica y la polémica social hacia la cultura occidental.

### 10.1. Contexto teórico-narrativo

La *narrative ethics* se revela en cuanto modelo relacional aplicable al espacio transaccional que se abriría en la relación médico-paciente. La medicina narrativa, en tal sentido, resultaría en tal espacio transaccional terapéutico orientado e inaugurado por la aplicación del modelo de la ética narrativa a la práctica clínica.

Según lo que hemos visto, la ética narrativa derivaría de una suerte de sincretismo metodológico e interdisciplinario que ve la introducción de la crítica literaria y de la antropología dentro del dominio científico de la medicina.

Sin embargo, tal inserción interdisciplinaria, aparentemente arbitraria, basa su coherencia y consistencia sobre las dinámicas metodológicas propias de estas disciplinas. De hecho, crítica literaria, investigación antropológica y medicina se apoyarían en la metodología hermenéutica.

Ahora bien, lo que hemos intentado hasta ahora llevar a cabo ha sido una lectura del argumento a partir de un planteamiento lingüístico-narrativo. Tal planteamiento nos ha llevado a proponer la hipótesis según la cual la construcción de la identidad personal y la de la realidad mundanal y cultural de una sociedad son, básicamente, instancias lingüísticas.

La idea clave, en este discurso, ha sido la de *holismo narrativo*.

Sin embargo, lo que hemos intentado evidenciar en estos capítulos, es el estrecho parentesco de la ética y la medicina narrativa con el discurso llevado a cabo por P. Ricoeur, a lo largo de toda su obra.

A partir de *Finitud y culpabilidad*, obra que se presenta en cuanto inicio de una larga labor investigadora en el ámbito de la antropología filosófica, Ricoeur ha desarrollado un pensamiento compuesto por temas y métodos distintos y que, sin embargo, poseen un común denominador, es decir, el elemento lingüístico-narrativo de la acción en cuanto hincapié del desarrollo de la "humanidad". La metodología que está detrás de las investigaciones ricoeurianas, es una metodología que se basa, principalmente, en la hermenéutica contemporánea.

El discurso sobre la ética y la medicina narrativa se presenta en cuanto actualización de los fundamentos filosóficos del pensamiento ricoeuriano.

Ahora bien, podríamos individuar algunas de las ideas de nuestro autor que más hemos intentado poner en relación y en cuanto bases de nuestra argumentación.

Los principales hitos de tal pensamiento, que más bien han fundamentado nuestro discurso, se pueden así resumir:

- identidad relacional-corpórea;
- corporeidad;
- reconocimiento y adscripción.

A lo largo de estos capítulos, hemos intentado reconstruir el planteamiento ricoeuriano a partir de las relaciones entre identidad personal e identidad narrativa. En tal sentido, hemos podido ver cómo, en última instancia, la identidad personal es la identidad narrativa.

Tal discurso se ha venido desarrollando a través y gracias a un análisis de las interrelaciones existentes entre las dimensiones de la identidad en cuanto sujeto de re-identificación y las de la temporalidad existencial.

En *Finitud y culpabilidad*, de hecho, Ricoeur propone una construcción metafórica y mitológica de la humanidad del hombre, de la cultura y de la religión. El análisis de las metáforas del mal, en cuanto “figuras” retóricas que construyen el pensamiento religioso y cultural de las civilizaciones, nos ha sugerido la idea que el lenguaje podría estructurar la realidad humana del mundo de las cosas, de las creencias y de los valores. Esto nos ha llevado a ver cómo la identidad narrativa, en *Sí mismo como otro*, se ponía en cuanto eje relacional entre las modalidades de *ipseidad* y *mismidad*. Tales categorías eran, según Ricoeur, modalidades vivenciales de la temporalidad humana. La

identidad narrativa, según tal planteamiento, sería una dimensión temporal-existencial, caracterizada por la escansión narrativa del relato (o del autorelatarse) dentro de la cual se despliega la constitución "identitaria" de la persona humana en relación a la *alteridad* de la temporalidad.

Transpuesto al plano narrativo, la identidad narrativa-personal se presenta, pues, en cuanto criterio de unificación de la concordancia discordante constituida por la configuración narrativa misma de los acontecimientos existenciales. Tales acontecimientos, gracias a la aplicación de la temporalidad narrativa a la presencialidad de los instantes vivenciales, se constituirían como experiencia humana. En pocas palabras, la constitución existencial de la persona humana en cuanto identidad personal-narrativa, correspondería, según la teoría narratológica ricoeuriana, a la trama de su experiencia histórica. Podríamos decir, entonces, que el criterio de identificación de un sujeto correspondería a la identificación de su biografía, es decir, de su narrativa histórico-existencial.

Hemos llamado a tal equivalencia, *síntesis de lo heterogéneo*. Tal síntesis está constituida por la interrelación de los procesos de rememoración y de anticipación llevados a cabo por el sujeto. Estos procesos se realizan gracias a una construcción biográfica (por ende, narrativa), de la memoria del pasado y de las *variaciones imaginativas* de la identidad personal, proyectada en el futuro.

He aquí el eje de todo el discurso: la identidad narrativa es una identidad irreductiblemente *encarnada*. La constitución de la persona humana misma, en cuanto mediación, en cuanto ontología quebrada, según la expresión ricoeuriana, no puede que ser una identidad que es cuerpo.



Llegamos aquí al análisis del segundo hito: la corporeidad.

Según el pensamiento ricoeuriano, la corporeidad se presenta como originario principio relacional entre la subjetividad y la *alteridad*. Es más, la alteridad del cuerpo es la más básica forma de alteridad que funda, pre-originariamente, el sentido de la identidad. La identidad narrativa, por tanto, es una identidad encarnada cuya historia es una historia interpretable e interpretante de tal pasividad radical. La corporeidad marca, también, los límites de la pasividad, señalando al ser humano los confines de su poder y, por ende, los límites que su labilidad le impone.

Ahora bien, dentro de la corporeidad confluyen las dimensiones más auténticas de la humanidad de la persona. El cuerpo se presenta en cuanto sede y base para la relacionalidad de las dimensiones propiamente humanas. En el cuerpo, en cuanto principio pre-originario, pre-intencional y pre-lingüístico, se encuentran interrelacionadas las dimensiones de la emocionalidad, de la racionalidad y de la afectividad. Todas estas dimensiones, sin embargo, se ven marcadas por la labilidad ontológica propia de la existencia. Es justamente a partir de tal labilidad y pasividad del cuerpo que se desprende el mundo de los significados y de los valores semánticos que *crean*, literalmente, la realidad mundanal para nosotros.

En la interrelacionalidad del perfil de *homo capax* y *homo patiens* en cuanto categorías antropológicas de la constitución personal, la labilidad corpórea, emocional y racional del ser humano se vuelven espacios de transgresión a la finitud misma: la creación del lenguaje, del significado expresado en palabra se constituye en cuanto poder ir más allá de los límites ontológicos.

El lenguaje, en tal sentido, es un acto de creación puro, que realiza las proyecciones de infinitud propias de la humanidad. El lenguaje crea el mundo real.

Gracias a la complementariedad de la constitución del hombre en cuanto *capax* y *patiens* se desprende el sentido de la acción que es también el sentido del habla. La corporeidad se revela eje fundamental de la creación del lenguaje mismo. El cuerpo, como también anteriormente hemos visto, se presenta en cuanto voz. La pasividad corpórea, la *alteridad* de la corporeidad que marca los límites ontológicos de la humanidad del ser humano, es lo que permite el desplegarse de la expresión significativa, y lo que permite la construcción del mundo humano de los valores, del conocimiento, de la ciencia y del arte.

Así, la identidad humana se presenta en cuanto principio relacional irreductible gracias a su carácter ontológico eminentemente lingüístico-comunicativo.

Esto quiere decir que la identidad humana es, fundamentalmente, *holista* y que la constitución de su propia corporeidad y de sus dimensiones comunitarias se forman y se fundamentan en una dimensión holístico-narrativa originaria.

La identidad personal de cada sujeto se despliega gracias a una correspondencia de una identidad propia con una biografía particular: cada yo, una biografía, es decir, una historia.

Esto implica también que la construcción de la identidad personal corresponde a una construcción comunitaria de valores semánticos. La identidad de cada cual se encontraría, pues, irreductiblemente relacionada con un mundo pre-existente, semántico y narrativo.

La identidad personal se desarrollaría, pues, a partir de esta relacionalidad holística que hemos denominado *holismo narrativo*.

En pocas palabras, el *holismo narrativo* se fundamenta a través de una “situación” corpórea y física dentro de una *Lebenswelt* pre-existente a partir de la cual cada sujeto tiene que escribir su historia particular.

En tal sentido, la relación con el mundo circundante constituye una irreductible parte en el proceso de auto-formación, afirmación y reconocimiento de cada individuo.

Dentro del horizonte del *holismo narrativo* se despliegan las dimensiones de la temporalidad, de la historia y de la cultura propias de un determinado grupo social. A partir de la relacionalidad entre la constitución personal-subjetiva de cada cual y el perfil simbólico-lingüístico de tales instancias, se realizaría un proceso dialéctico de autoreconocimiento y de reconocimiento de la ‘personalidad’ de cada miembro.

En el intercambio que se instaura en la comunidad humana-lingüística se enraiza también el criterio del reconocimiento o de la lucha por la identidad.

Junto al principio del reconocimiento se encuentra el principio de adscripción de las acciones: dentro de la dimensión narrativa de una biografía se abre el espacio para la imputación moral de las acciones, de las experiencias y de las elecciones de cada sujeto. La hermenéutica del auto-relato se abre así a la labor de adscripción de una vida a un sujeto.

Gracias a la acción de relatar, reconocer e imputar, se despliega un proceso de atribución de una identidad personal, por parte del sujeto y por la de la sociedad en la que habita.

Ahora bien, lo que hemos intentado llevar a cabo ha sido una actualización de este planteamiento ricoeuriano dentro del plano de la relación entre narratividad y medicina, gracias al eje relacional de la ética narrativa.

En el tercer capítulo de este trabajo, hemos intentado aplicar tales modelos metodológicos al discurso sobre la enfermedad y sobre la constitución ética de la persona humana. Más bien, hemos intentado delinear una existencia y una ética de la persona a partir de la constitución holístico-narrativa del ser humano mismo.

Así que hemos aplicado el concepto de *holismo narrativo* a los términos de la enfermedad (según la articulación de *illness*, *disease*, y *sickness*) y hemos analizado como tales conceptos poseen una estructura lingüístico-metafórica irreductible.

La dimensión metafórica del lenguaje, de hecho, se ha revelado en cuanto puente comunicativo entre la dimensión de la interioridad incomunicable del sujeto y la dimensión de la realidad mundanal y exterior. Las metáforas construyen la realidad, decíamos siguiendo a las argumentaciones presentadas por Ricoeur, en *La metáfora viva*. La creación simbólica propia de la metáfora se presenta en cuanto dimensión valorativa semántica de la realidad, así como de la realidad de la enfermedad.

La inserción de la identidad de cada uno dentro de un mundo semántico-metafórico ya dado, permite la creación de nuevas metáforas propias de la persona enferma. Tales metáforas, a su vez, permiten la integración de la enfermedad dentro del curso narrativo de la biografía de la persona *paciente*.

Esto conlleva la formulación de modelos narrativos que expresen la carga semántica y significativa que posee la enfermedad misma dentro del horizonte vivencial del sujeto afectado.

Así, la elaboración de patografías, o *illness narratives* se vuelve expresión de tales significados que se inscriben dentro del proceso mismo de reconocimiento personal y comunitario de la experiencia de la enfermedad.

Dentro de tales relatos, como hemos visto, confluyen modelos explicativos de la realidad (del enfermar), metáforas y patografías. Todas estas modalidades, que no son otra cosa que modalidades narrativas de interpretar-se y de interpretar la realidad, constituyen estrategias de adaptación del sujeto y de la sociedad a un evento como es el enfermar y el morir. Las culturas, como hemos dicho, proveen instrumentos semánticos para afrontar estas situaciones sociales, creando modelos explicativos en los que el sujeto puede o no encontrarse. De allí se desprende un proceso de afirmación personal, en la creación de nuevos relatos y en la unicidad y particularidad vivencial de cada cual.

Tal proceso de afirmación es, en última instancia, una demanda de reconocimiento. El sujeto enfermo expresa sus vivencias a partir de la enfermedad, no sólo para reconciliarse con este acontecimiento, sino también para desplegarlo en el orden lógico propio de la narratividad, y para que los que están a su alrededor reconozcan estas vivencias y cumplan, con ellas, un proceso de aceptación.

La narratividad es vehículo, en tal sentido, de la atribución de roles sociales determinados. La narratividad, en pocas palabras, representa la posibilidad de la enfermedad y de la muerte dentro de un grupo social, intentando restablecer un equilibrio socio-semántico dentro del

grupo mismo. La narratividad es realización, pues, de una transformación de los acontecimientos en eventos quizás más comprensibles, asequibles para los demás, una sustracción al aislamiento constitutivo del dolor personal. La narración de tales acontecimientos hace de la enfermedad un evento inter-personal.

La tarea de la ética narrativa es, como hemos visto, la de recontextualizar el acontecimiento de la enfermedad, dentro de un ámbito más amplio. Tal contexto es el del grupo social, de la familia, cuya historia es compartida entre los miembros, que crean sus propias metáforas y configuran la realidad del enfermar. La enfermedad, en tal óptica, viene interpretada como evento histórico para tal grupo, que se ve involucrado en el proceso de enfermar, sanar o morir.

Por otro lado, la ética narrativa propone instrumentos semánticos para reconciliar el orden temporal de la vida anterior a la enfermedad con la *alteridad* del tiempo biológico: es una tentativa de mediar con la *extrañeza* hostil del cuerpo enfermo. En el ámbito de la narratividad acontecería una distensión de los acontecimientos, distensión que se verifica a partir de modelos explicativos y retóricos ya presentes dentro de la comunidad. Tales modelos permiten llevar a cabo un proceso de reconocimiento del sujeto, de la familia y de la tradición a la que pertenecen.

En este sentido, los valores mismos vienen a adquirir un nuevo perfil: la ética se vuelve ahora movimiento transaccional influenciado por el desarrollo histórico y particular de una cultura, *holismo narrativo* valorativo. Los valores vienen a ser creados a partir de las situaciones concretas y puntuales de la vida de cada cual. En pocas palabras, la ética se transforma ahora en búsqueda contextual, a partir de la corporeidad relacional de cada individuo.

En conclusión, lo que hemos intentado subrayar, a partir del pensamiento propuesto por Ricoeur, es la idea fundamental de que la identidad personal de cada sujeto es una identidad narrativa. Tal identidad narrativa se pone como principio de unificación vivencial de las experiencias que, gracias justamente a tal proceso de narrativización, se vuelven experiencias humanas. La enfermedad, en tal sentido, es una experiencia que posee un valor especial dentro del horizonte existencial humano, dado que cuestiona radical y profundamente el sentido de la vida misma, descubriendo las fibras más íntimas de la precariedad y la labilidad humana. La narratividad, en tal sentido, se presenta en cuanto proceso de reconocimiento de la identidad personal, proceso hermenéutico de la vida entera de un sujeto. Espacio de reconciliación con la existencia y con el sí mismo, con la *alteridad* temporal de la enfermedad y con la de la aún más radical muerte.

Abrir tal espacio, conceder tal posibilidad dentro del lugar clínico-sanitario, podría querer decir dar la oportunidad al enfermo de autoreconocerse en cuanto agente moral, en grado de actuar, es decir, de crear.

Reconocer la humanidad de tales procesos quiere decir reconocer la humanidad de la persona enferma, del paciente, otorgarle el derecho a existir aún en una situación de dolor.

La narratividad es abrir la libertad del ser humano a las variaciones narrativas de la existencia, quiere decir acoger la complejidad de la realidad humana y dejar abiertas las posibilidades de la belleza aún en la muerte.

## 10.2. Contexto histórico-crítico

Es preciso ahora contextualizar el discurso introducido por la ética narrativa, dentro del cuadro socio-cultural en el que ha nacido y se está desarrollando. Hemos dicho que la ética narrativa nace a partir principalmente de una crítica a las actitudes de tecnologización de la enfermedad y de la muerte que se han difundido en un tipo particular de sociedad: la sociedad norteamericana. Por extensión, podríamos decir que la ética narrativa surge en cuanto reivindicación urgente dentro del contexto de todas las sociedades occidentales que tienen en común tales procesos de medicalización del dolor, de la enfermedad, de la muerte y, por ende, de la salud. Es importante considerar el origen de tal acercamiento: no todas las sociedades sufren, de hecho, tal empobrecimiento de humanidad, podríamos decir, dentro del contexto del sufrimiento. La ética narrativa se presenta en cuanto producto de una particular concepción de la medicina, de la ciencia, del dolor físico y psicológico, de las relaciones sociales, familiares e institucionales. En un sentido más amplio, podríamos decir que la ética narrativa nos restituye el cuadro de una situación histórica en la que estamos viviendo. De hecho, las concepciones que están relacionadas a estos ámbitos (del dolor, del sufrimiento y de la muerte), nos ofrecen un contexto interpretativo más general: nos hablan de la perspectiva que las sociedades han logrado hoy en día, sobre los valores que atribuimos a la vida humana, valores que van, pues, más allá de la consideración meramente técnica de la sanidad.

Hemos dicho que la medicina no es otra cosa sino un subsector cultural que es parte de un sistema mucho más grande, o sea el del mundo de la vida humana, regulado por valores que son contextuales.



Analizar las dinámicas que se desenvuelven en este subsistema puede querer decir, quizás, poder analizar el funcionamiento del sistema general en el que la medicina se encuentra insertada.

En el contexto de las sociedades occidentales, parece haberse otorgado un estatuto especial, entre todas las otras dimensiones de la cultura, a la ciencia, a la técnica y a la medicina. Parece que tales dominios de conocimiento hayan llegado a constituirse en cuanto sistemas de evaluación de la verdad. Es innegable, de hecho, que la ciencia haya jugado un papel del todo peculiar dentro del contexto cultural del occidente, hasta el punto de venir considerada como el rasgo discriminante respecto a todas las demás culturas. Así, la cultura occidental ha venido caracterizándose, a partir de la modernidad, como la cuna de lo que es empírico y demostrable, gracias a lo que ha tomado el nombre de *ciencia experimental*.

En el ámbito médico, como hemos visto, tal proceso de "cientificación" ha correspondido a una transformación del proceso de curar en el de medicalización de la vida.<sup>345</sup> Este cambio, sin embargo, no ha acontecido a causa de la naturaleza intrínseca de la ciencia o de la medicina, sino a causa de la institucionalización política y cultural de la medicina misma.<sup>346</sup>

---

<sup>345</sup> Cfr. I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 9.

<sup>346</sup> El texto de I. Illich se presenta en cuanto extremo, quizás antiguo, y no necesariamente correspondiente a lo que ha acontecido. Sin embargo, encontramos que Illich formula un planteamiento interesante, altamente crítico y, en algunas ocasiones, realmente profético. Illich, analiza, de hecho, la situación médica, sobre todo dentro del contexto cultural estadounidense, para llevar a cabo una crítica política realmente aguda, y demoler las seguras creencias de la sociedad industrializada que es Estados Unidos, creencias que, en el fondo, revelan las reales debilidades de este país, así como de todos los países capitalistas.

Él dice: "La medicina está a punto de llegar a ser un objeto primordial para una acción política que intenta provocar una inversión de la sociedad industrial. Únicamente quienes hayan recuperado la capacidad de proporcionarse asistencia mutua aplicando la tecnología contemporánea podrán también limitar el modo

En pocas palabras, el control sobre la salud se ha revelado ser una forma de control social, según Illich.<sup>347</sup>

Esto significa que, en realidad, la medicina, así como la religión, el control de la sexualidad, de la cultura, pueden venir transformados en instrumentos de control de la sociedad y de las personas, por parte de todo tipo de gobierno absolutista y dictatorial.

Sin embargo, en las sociedades occidentales la mitología de la salud se ha difundido gracias a la relevancia que la tecnología y la ciencia han logrado obtener dentro del desarrollo vivencial de las sociedades mismas. La tecnologización, en pocas palabras, se ha vuelto modalidad existencial de la sociedad. Junto a este fenómeno, se ha manifestado una conversión de la salud en un bien de consumo, es decir, en producto capitalista.

El problema que se esconde detrás de este planteamiento, es un problema de institucionalización de la medicina. La medicina, en

---

industrial de producción en otros aspectos importantes. Un sistema de asistencia a la salud, basado en médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables resulta patógeno por tres razones: inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios; tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente. El monopolio médico y paramédico sobre la metodología y la tecnología de la higiene es un ejemplo notorio del uso político indebido que se hace de los progresos científicos en provecho de la industria y no del ser humano." I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 9.

<sup>347</sup> Sin embargo, en nuestra opinión, el fenómeno del control de la salud, no está necesaria y exclusivamente relacionado con el del capitalismo. Más bien, creemos, se puede diferenciar entre un tipo de actitud política dirigida al control de las gentes, y el fenómeno exquisitamente capitalista de la tecnologización de la enfermedad y de la salud. Se trata, de hecho, de dos conceptos distintos, a pesar de que en la realidad de los hechos, se encuentren a menudo unidos. Por un lado, de hecho, hay una política de "supresión" de las libertades y de disminución de poder de los ciudadanos, propio de todo tipo de régimen absolutista; por otro, hay la actitud, peculiar de las sociedades capitalistas, de convertir la medicina en mitología de la salud.

cuanto institución, se revela sujeta a las dinámicas políticas, y sobre todo económicas, propias de cada sociedad.<sup>348</sup>

Esto ha conllevado, según Illich, a un cambio de los significados y de los valores culturales relacionados con el ámbito de la práctica médica y, consecuentemente, con el significado del término "salud". A la institucionalización de la medicina, correspondería una institucionalización de la salud. La salud ya no sería un estado natural que se da en el curso de la existencia humana y que viene interrumpido, de manera ocasional o definitiva, por la enfermedad. La

---

<sup>348</sup> En tal sentido, la medicina, así como la religión, puede devenir instrumento de coercición y de manipulación de las poblaciones. Es esto lo que señala también Susan Sontag, cuando analiza las campañas informativas sobre el SIDA, en los primeros años tras el descubrimiento del virus. Ella compara las distintas perspectivas que se ofrecieron sobre la enfermedad, y sobre todo sobre las modalidades de contagio y de prevención, en las sociedades estadounidense y europea. En los Estados Unidos, según ella, las campañas de prevención enfatizaban sobre todo la modalidad sexual del contagio, sirviéndose de una retórica de tipo moral y puritana y acabando así estigmatizando los grupos más sujetos, según los políticos y las instituciones sanitarias, al contagio, es decir, los homosexuales y, por una extensión que poco tiene que ver con la lógica clínica, a las personas de grupos étnicos minoritarios, cuales la población de color, los pobres, y los inmigrantes en general. La misma convicción de que el virus se hubiese manifestado por primera vez en África desencadenó un proceso retórico según el cual el "mal" proviene siempre desde fuera, en este caso de un país determinado, poniendo así aún más el acento sobre la discriminación racial. Consecuencia de esta actitud puritana fue una campaña de demonización sexual, típica de una sociedad que sufre de idiosincrasias morales. En Europa, en cambio, según el análisis de Sontag, las campañas informativas estaban más bien dirigidas hacia un más directo conocimiento informativo de las modalidades del contagio, e invitaban a la responsabilidad sexual mediante el uso de preservativos. Esto no quiere decir que en Europa no se hayan verificados casos de discriminación, sobre todo hacia las personas infectadas por el virus. Sin embargo, la diferencia radical reside justamente en el tipo de retórica y, por ende, en la intencionalidad del mensaje, usada por los estados: en el caso de los Estados Unidos, de hecho, nos parece que el tipo de información fuese viciado por una intención política precisa, la de dibujar el peligro como algo extranjero, como algo que atenta a la seguridad del estado, y de los ciudadanos. Consecuencia de esto es la convicción de que todo tipo de defensa es legítima, en el interés del país y de su seguridad. Creemos que, en realidad, en la actualidad, las cosas no hayan cambiado: puede haber cambiado el "enemigo", pero la estrategia de manipulación del miedo sigue siendo modalidad efectiva de control del estado sobre la libre información de los ciudadanos. Creemos que sobre todo estos procesos de manipulación están a la base de lo que Illich llama *expropiación de la salud*. Véase S. Sontag, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002.

salud viene ahora entendida, en nuestra sociedad, como un estado que tiene que venir política y periódicamente controlado y garantizado. Por otro lado, esto implica que todos aquellos estratos sociales que no disponen de los suficientes recursos económicos, no pueden acceder a tal bien.

Tal inhibición, relacionada con el progreso institucional y capitalista de la medicina, ha llevado al desencadenarse de procesos dañinos para el sistema social mismo, que ha resultado en una *expropiación de la salud*. Se trata, más bien, de un problema de despersonalización médica: las intervenciones tecnológicas se han convertido en la ilusión de poder eliminar el sufrimiento y la muerte. La tecnologización de la enfermedad ha conllevado, como consecuencia la convicción de que todo tipo de sufrimiento es un accidente indeseado que se puede eliminar gracias a los productos de la tecnología misma.

Ulterior consecuencia de esta actitud, ha sido la de desencadenar un proceso de legalización de las prácticas médicas. Esta hiperlegalización ha llevado al desarrollo de una hiper-burocratización de las prácticas clínicas y de la relación médico-paciente, burocratización que ha causado una formalización de la relación misma y ha sustraído el tiempo dedicado a la cura de los pacientes, invirtiéndolo ahora en la compilación de documentos que sirven para indemnizar el médico frente a eventuales responsabilidades legales en caso de error.<sup>349</sup>

Aún más, tal proceso de tecnologización institucionalizada, siempre según Illich, ha reforzado las debilidades de una sociedad fundamentalmente enferma, que aumenta y multiplica las demandas

---

<sup>349</sup> No queremos aquí entrar en el mérito de la cuestión, pero también lo que se llama consentimiento informado ha acabado siendo un documento con función simplemente burocrática, privo de cualquier valor auténticamente ético.

de prestaciones profesionales, incrementando así los gastos públicos dedicados a la sanidad.

Esto quiere decir que el tratamiento de la enfermedad se ha transformado en tratamiento y asistencia médica de la salud, es decir, de la vida.<sup>350</sup>

Ahora bien, este planteamiento ha contribuido a dar lugar a un proceso de mecanización de la vida y de la atención a los pacientes. Por eso mismo hablamos de despersonalización de las personas enfermas, es decir, de los pacientes. Esta despersonalización no sólo ha causado el instaurarse de una desproporción insanable entre médico y paciente, sino que ha contribuido a crear el sentido de impotencia entre los pacientes mismos. En el plano narrativo, tal actitud corresponde a la elaboración de lo que se llama *rescue narrative*. A la medicina, y por reflejo a los médicos, ha sido atribuido el papel, socialmente aceptado y compartido, de salvadores. El rol del paciente, por ende, ha sido despojado de todo tipo de iniciativa narrativa: la valencia de la palabra *patiens*, en cuanto sujeto que padece, que sufre pasivamente, ha sido puesta como sinónimo de quien ha abdicado a la moción a la acción, de quien se deja guiar por otros.<sup>351</sup> Esto quiere decir que la asignación y

---

<sup>350</sup> Illich dice: "Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas." I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 58. En tal sentido, las obsesivas campañas de prevención de las enfermedades son expresión extremas de la medicalización de la vida. Es preciso decir aquí que no se está criticando la utilidad de la prevención en sí, sino la actitud que está detrás de este planteamiento. Tal actitud, de hecho, creemos que está a la base de la emergencia de los problemas de asistencia médica a la muerte. Se trata, pues, de elaborar, junto a las propuestas y a las ideas para mejorar las condiciones de los pacientes y de los enfermos, una mirada crítica hacia los acercamientos de la medicina contemporánea.

<sup>351</sup> Otro aspecto de esta yatrogénesis social ha sido la estigmatización de los enfermos. En tal actitud se revela presente una suerte de desclasificación social de los pacientes en cuanto *enfermos*, sobre todo en presencia de determinadas enfermedades, cuales las invalidantes o las crónicas o algunas de las contagiosas. Tal proceso, lo recordamos, viene determinado exclusivamente por la sociedad: cada sociedad

el reconocimiento de los roles sociales de médico y de enfermo entran dentro del proceso de institucionalización de la medicina misma. Así, el papel de paciente tiene que poseer determinados rasgos para ser reconocido en cuanto tal por el grupo social en el que el sujeto está insertado. Esto significa que el ser paciente implica la adopción de algunos comportamientos que le puedan ser adscritos y reconocidos por los miembros del grupo. Asimismo, el profesional sanitario tiene que llevar a cabo una serie de acciones, diagnósticas, terapéuticas o simplemente comportamentales, para venir reconocido por la sociedad.

Ahora bien, tal yatrogénesis social no es un fenómeno causado por la actitud o el comportamiento de los médicos, sino por la concepción que yace detrás del desarrollo médico, es decir, la que viene propugnada por un determinado tipo de sociedad. En nuestras sociedades occidentales, así como en todas las demás culturas, los conceptos de enfermedad, muerte y sufrimiento humano vienen configurados, narrados e interpretados a partir de los valores morales, lingüísticos, religiosos y culturales que constituyen la sociedad misma y que contribuyen a su supervivencia y a su tradición.<sup>352</sup>

---

estigmatiza y hace propias algunas enfermedades particulares, y con ellas, las personas que son afectas.

<sup>352</sup> Illich dice: "La civilización médica tiende a convertir el dolor en un problema técnico y, por ese medio, a privar el sufrimiento de su significado personal intrínseco. La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada. La cultura afronta el dolor, la anormalidad y la muerte interpretándolos; la civilización médica los convierte en problemas que pueden resolverse suprimiéndolos. Las culturas son sistemas de significados, la civilización cosmopolita un sistema de técnicas. La cultura hace tolerable el dolor integrándolo dentro de un sistema significativo, la civilización cosmopolita aparta el dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo a fin de aniquilarlo." I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pg. 119. En este sentido, pensamos que, así como todas las actitudes sociales hacia la enfermedad sean productos culturales, también la actitud

A través de las estrategias, sobre todo narrativas, de configuración del dolor y de la enfermedad, es posible proceder a un análisis de los significados que constituyen el sistema vivencial de una particular cultura.

La ética y la medicina narrativa surgen dentro de este contexto y se presentan como polémica frente a los abusos de la medicalización de la enfermedad y, por ende, de la salud. Sus mismas metodologías, que tanta resistencia provocan en los ambientes sanitarios, se ponen como provocación a la idea de que la medicina sea una ciencia según el modelo modernista.

El desarrollo de las patografías nos indica, pues, que la sociedad requiere más cercanía y atención hacia la humanidad de los pacientes y su ser persona. Nos sugiere también que la salud no puede ser considerada heterónoma respecto a las vivencias propias de cada sujeto, así como la enfermedad siempre se inscribe dentro de una biografía individual.

La medicina narrativa surge, entonces, en cuanto necesidad social en un momento histórico en el que la tecnología nos da esperanzas pero también nuevos retos y miedos. La manera de interpretar y de refigurar la muerte, de representarla con relatos o con imágenes, en toda sociedad y en toda cultura, nos habla, en realidad, de la concepción que esta sociedad posee de la vida. Entonces, no es un caso que la necesidad de una re-humanización de la medicina haya acontecido justamente en las sociedades tecnologizadas. Se trata de un esfuerzo por otorgar nuevamente valor a los estados humanos de la enfermedad y de la salud: la ética narrativa, creemos, se revela en cuanto tentativa de buscar un sentido, por lo menos biográfico, al acontecimiento del

---

tecnologizada es propia de nuestra propia cultura. Como hemos dicho, la cultura técnica es característica peculiar de la cultura occidental.

enfermar y del morir. Se esfuerza por volver a contextualizar la enfermedad dentro de la economía de la existencia de cada cual, según sus historias, sus creencias, sus acciones.

La ética y la medicina narrativa asignan, pues, a la palabra *patients* un nuevo tono semántico: devuelven a los enfermos, a los afectados por alguna enfermedad invalidante o crónica o mortal, el rol de agentes morales dentro de la propia historia, sea en su desarrollo narrativo o bien sea al final de ello. Según la ética narrativa, de hecho, cada uno de nosotros es co-autor de la propia vida, gracias a la constante escritura y construcción de la propia existencia por medio de las elecciones, de las acciones. También en el estado de enfermedad cada persona tiene el derecho de seguir escribiendo su vida, aún en la temporalidad de la enfermedad. Esto permite a cada cual el poder de evaluar el tiempo vivido, volver a reconfigurarlo, interpretarlo a la luz de las nuevas situaciones y a la luz del espectro de la muerte. La ética narrativa permitiría al sujeto mirar hacia la propia existencia y valorarla y valorarse, perdonarse y proyectarse en un nuevo futuro; elegir las opciones terapéuticas más adecuadas a la propia identidad; recuperar una identidad narrativa que es, al fin y al cabo, la identidad personal, apropiarse de ésta y vivirla.

La medicina narrativa se presenta, entonces, como *reapropiación de la identidad* en contraposición con la *expropiación de la salud* dentro de la concreta práctica clínica.<sup>353</sup>

En esta óptica, la conclusión de un relato de los *illness narratives* puede ser buena a pesar de que los *disease narratives* se concluyan mal. Se trata de una integración de perspectivas que la medicina narrativa pretende realizar: en la narratividad se distienden las diferencias

---

<sup>353</sup> "Salud" aquí no coincide con el concepto de salud en términos biológicos o fisiológicos. Intentaremos analizar esto en el próximo capítulo.



ontológicas de la temporalidad de la enfermedad, de la salud, de la identidad, del reconocimiento, del empeño y del respeto.

Recuperar la propia identidad narrativa quiere decir volver a entrar en relación con la constitución propia de ser persona.

Es esto el empeño de la medicina narrativa.

En conclusión, podríamos decir que la medicina narrativa aporta cambios en la manera de concebir la relación médico-paciente, entre todos los otros aspectos que nos hemos esforzado por mostrar hasta aquí.

Ahora bien, en el próximo capítulo analizaremos justamente tal tipo peculiar de relacionalidad, en cuanto es esto el contexto que nos interesa más investigar: la comunicación y el mutuo reconocimiento dentro de la relación profesional-enfermo.

Para hacerlo nos concentraremos en tres niveles que nos parecen relevantes en este tipo de discurso:

- primer nivel- *cambio ontológico*: inaugurado a partir de las alteraciones introducidas por la enfermedad en la relación entre corporeidad y narratividad. Si por *corporeidad* se entiende aquí la *persona encarnada* en cuanto constitución viva de carne propia, resulta evidente el espesor ontológico del cambio ocasionado por el proceso del enfermar: la persona enferma se vuelve, al entrar dentro del espacio sanitario, *paciente*, caso. La corporeidad y, por ende, la persona misma, vienen a ser reificados en el proceso taxonómico de traducción de *illness narrative* (perspectiva personal-vivencial) en *disease narrative* (perspectiva médico-científica). Tal cambio ontológico de la identidad humana abre también el espacio a la institucionalización de los ámbitos

médico-sanitarios: el cambio ontológico, por un lado, tiene que venir atestado por un proceso de reconocimiento social y comunitario, por otro, tiene que sancionar la legitimidad de la institución sanitaria misma.

- segundo nivel- *cambio reflexivo- narrativo*: originado por el conjunto de modificaciones introducidas por la enfermedad dentro de la relacionalidad existente entre corporeidad/narratividad y temporalidad. El cambio narrativo se revela, pues, en cuanto cambio en la biografía del sujeto enfermo. El cambio narrativo posibilita el cambio ontológico, haciéndolo social en la comunicatividad de los *illness narratives*. El cambio narrativo distenderá las discordancias temporales que surgen entre cronotopo relacional-social propio del sujeto y cronotopo hospitalario: el elemento narrativo se presenta, pues, como mediación entre la identidad ontológicamente modificada por la enfermedad y la sociedad en la que esta identidad se encuentra insertada.
- tercer nivel- *cambios sociales*: sancionados a partir del reconocimiento y división de los roles dentro del contexto socio-sanitario. La definición público-institucional del contexto y ámbito sanitario es lo que legitima las líneas comportamentales y los planes de acción dentro del grupo al que el sujeto pertenece. Reconocer y adscribir el rol (sea del médico sea del paciente) implica abrir el ámbito de los comportamientos y de las expectativas. Implica también reconocer el valor de la vulnerabilidad en cuanto instancia humana fundante de los valores que median la supervivencia de una sociedad. Tales criterios definen los límites de aceptación y de tolerabilidad

permitidos dentro del contexto social y configuran las acciones de intervención, de ayuda o de eventual estigmatización de un sujeto o de un grupo de sujetos miembros de la comunidad.



## CAPÍTULO IV

*“Lo ético no se puede enseñar.  
Si mediante alguna teoría pudiera aclarar a otro  
en qué consiste la esencia de lo ético,  
lo ético carecería de valor.”*

(L. Wittgenstein, en F. Waisman, *Wittgenstein y el Círculo de Viena*)

### § 11. La identidad relacional

Lo que hemos hasta ahora intentado defender es la idea básica según la cual la identidad humana es un criterio relacional y holístico irreductible.

Hemos tratado, entonces, de dibujar las dinámicas que construyen la semántica de la identidad a través del análisis de los valores significativos que entran en la constitución de la persona humana. Hemos, pues, hallado el elemento del *holismo narrativo* en cuanto instancia primaria en la organización del mundo social y cultural del sujeto y de la persona. Tal holismo narrativo se presenta en cuanto *humus* semántico en el que la identidad encuentra su realización y sus medios de expresión, medios que constituyen la posibilidad de la realización de su propia existencia en cuanto compartida con otros sujetos.

Ahora bien, lo que quisiéramos analizar en este capítulo es el conjunto de consecuencias que descende a partir de tal concepción holista de la identidad, en el momento en que la enfermedad entra en el horizonte significativo de la existencia.

Según el planteamiento holista, si el ser de la persona humana viene a formarse dentro y a partir de la interrelacionalidad existente entre la persona misma y las dimensiones semánticas que la rodean, el elemento de la enfermedad no puede no causar variaciones en el ambiente socio-cultural en el que está insertado el sujeto y, por ende, modificaciones también en la constitución del sujeto mismo. La enfermedad, en pocas palabras, impone unos cambios a la identidad humana que se encuentra obligada a integrar el factor del dolor y del sufrimiento dentro de la propia historia y biografía.

El fenómeno de la enfermedad es muy complejo y seguramente su asomarse a la existencia humana desencadena procesos de adaptación muy articulados, produciendo una serie de variaciones subjetivas que aquí no podemos analizar. Sin embargo, quisiéramos proponer al menos tres tipos de cambios que parecen ser más relevantes en la economía de nuestra propia argumentación. Tales tipos de cambio serían: cambio ontológico, reflexivo-narrativo, y social.

La identidad humana se revela, pues, en cuanto criterio relacional que es capaz de adaptarse y cambiar según las modalidades de las modificaciones ambientales (también en el sentido semántico del término) y sociales.

Esto quiere decir que la persona humana es un principio irreductiblemente holista que instaura con la realidad del mundo relaciones que se revelan en cuanto negociaciones y mediaciones con la finitud de la propia constitución y situación existencial. La narratividad, en este sentido, se presenta en cuanto puente relacional con la dimensión de la realidad, a través de la dimensión simbólico-lingüística y en cuanto transgresión misma al límite existencial que emerge tangiblemente en el contexto del sufrimiento físico y moral.

En la narratividad confluirían las dimensiones de la alteridad más radical y hostil, la de un cuerpo propio que se desconoce en la alteridad del dolor y del sufrimiento ocasionado por la enfermedad; la alteridad de una biografía que viene a ser completamente cambiada por el manifestarse de la labilidad en la precariedad de la vida; y la alteridad de una semántica social que ya no puede asumir los mismos y anteriores significados. Intentemos, pues, analizar brevemente algunos de estos cambios de la identidad de la persona que se encuentra a afrontar la enfermedad en cuanto vivencia.

### 11.1. Cambio ontológico

Los cambios ontológico, narrativo y social de la identidad humana se presentan en cuanto realidades que no pueden venir analizadas por separado. Se trata de un conjunto fenomenológico que se realiza en la cotidianidad de la existencia, conjunto en el que no hay una prioridad temporal, sino una relacionalidad lógica. De hecho, como hemos visto, el lenguaje, y por tanto la narratividad, moldean la estructura ontológica de la existencia y viceversa. La relación existente entre narratividad y realidad, en este caso, corpórea, es una relación osmótica y fundamental. La narratividad perfila la estructura de la ontología. La biografía de un sujeto es, pues, criterio de estabilidad de la ontología existencial de la persona: esto quiere decir que la estructura narrativa de la existencia concreta y encarnada de los hombres organiza y funda la ontología humana.

En el contexto de la enfermedad, es decir, en el momento en que la enfermedad se asoma al horizonte existencial de un sujeto particular, lo

que acontece es un cambio en la relación entre corporeidad y narratividad. Ahora bien, el término *corporeidad* viene aquí a asumir el significado de *persona encarnada*: no hace referencia meramente a la constitución corpórea de un sujeto, sino a la carne viva y viviente que constituye la misma posibilidad ontológica de la persona humana. *Corporeidad* es aquí, entonces, la persona humana misma.

Así, la enfermedad se presenta como dimensión, no sólo de la corporeidad en cuanto cuerpo, sino de la historia de la persona. En este sentido, el cuerpo se vuelve voz. El cuerpo viene, pues, a ser expresión del profundo cambio interno a la persona, cambio ocasionado por el sufrimiento (físico y psicológico) implicado por la enfermedad. El cuerpo expresa el cambio biográfico del sujeto enfermo y la narratividad que de esto se desprende y surge se presenta en cuanto estrategia de meta-control sobre los eventos transaccionales del cambio mismo.

Podríamos individuar tres dimensiones presentes en el cambio ontológico:

- dimensión corpórea;
- dimensión experiencial;
- dimensión temporal.

La dimensión corpórea del cambio ontológico viene inaugurada por la entrada de la enfermedad dentro de las vivencias del sujeto. En esta fase, el elemento de la corporeidad se vuelve predominante en los equilibrios de *alteridad-ipseidad-mismidad*.

La *alteridad* del cuerpo se transforma en centro de atención, debido a la urgencia del sufrimiento y del dolor.

Ahora bien, según Merleau-Ponty, el cuerpo es principio dinámico que asume la "espacialidad" no simplemente en cuanto *posición* sino



propriadamente como *situación*.<sup>354</sup> Esto porque el cuerpo humano nunca puede ser meramente objeto entre objetos, sino que es personalidad viviente poseedora de un esquema corpóreo neurológicamente relacionado con la consciencia y con la persona misma. El cuerpo es, pues, principio pre-intencional de la consciencia y posibilidad de existencia de la persona humana. Tal pre-intencionalidad impide una tematización consciente de la corporeidad misma, es decir, impide todo proceso de reificación de la propia corporeidad. Eso porque, el cuerpo es un espacio inteligible para el sujeto, pero tal inteligibilidad no es completamente explicable en términos empíricos u objetivos. Es decir, la corporeidad es siempre presente a la consciencia del sujeto, gracias al desarrollo del sistema nervioso (central y periférico) y del esquema corpóreo, o sea, de la *propiocepción*. Sin embargo, no es un espacio reificable para el sujeto: no es posible, en pocas palabras, lograr un estado de distanciamiento tal desde la corporeidad propia como para tematizarla. En tal sentido, la corporeidad es un espacio inteligible e interpretable pero no orientado según los procesos de reificación.<sup>355</sup> El cuerpo es simplemente el todo para el ser humano. Asume continuamente el espacio-tiempo de la realidad y los re-elabora en la dinamicidad de los movimientos y del esquema corpóreo, y según las intencionalidades de la acción, acción que viene a ser posible justamente gracias a la *propiocepción*. Tal re-elaboración es la condición de posibilidad para la interrelacionalidad humana con el mundo de las cosas y de los demás y para su situación existencial. El

---

<sup>354</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003, pgg. 151-153.

<sup>355</sup> . M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg 164: "Si aún hay lugar para hablar, en la percepción del cuerpo propio, de una interpretación, entonces hay que decir que el cuerpo se interpreta a sí mismo."

cuerpo, en tal dinámica relacional, funda la situación vivencial del sujeto y su capacidad de acción. En el contexto de la cotidianidad, el esquema corpóreo es absolutamente aproblemático, completamente desapercibido. Y, sin embargo, es lo que permite el darse de la relacionalidad existencial, es decir, lo que permite la orientación de la existencia misma. Podríamos, pues, decir que la *situación* corpórea es lo que funda la consideración del sujeto sobre el mundo. En pocas palabras: la *situación* corpórea es *situación* existencial.

Esto quiere decir que la corporeidad nos coloca dentro del espacio vivencial que es nuestra existencia a la misma vez que lo funda.<sup>356</sup>

Ahora bien, si la *situación* corpórea es el punto de partida para la articulación de todas nuestras consideraciones conscientes sobre el mundo de la realidad, es decir, la cuna de todas nuestras posibilidades existenciales, esto implica que la entrada de la enfermedad (especialmente la que conlleva minusvalía) se pone como cambio radical en el ámbito ontológico de la corporeidad y, por ende, de la existencia misma.

La enfermedad es causa de un cambio que afecta las raíces profundas de la orientación de la subjetividad en el mundo.<sup>357</sup> En el proceso de enfermar la concepción del espacio-tiempo, entendidas como

---

<sup>356</sup> Merleau-Ponty dice: "Cuando pienso, no se puede decir, por tanto, que me recolo en el sujeto eterno que no he dejado nunca de ser, porque el verdadero sujeto del pensamiento es aquel que efectúa la conversión y la asunción actual, y es él quien comunica su vida al fantasma atemporal." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 140.

<sup>357</sup> "(...) la vida de la conciencia- vida cognoscente, vida del deseo o vida perceptiva- está subtendida por un 'arco intencional', que proyecta en torno nuestro, nuestro pasado, nuestro porvenir, nuestro medio humano, nuestra situación física, nuestra situación ideológica, nuestra situación moral, o más bien, que nos hace situarnos bajo todas estas relaciones. Este arco intencional constituye la unidad de los sentidos, la de los sentidos y de la inteligencia, la de la sensibilidad y la motricidad. Este arco se 'distiende' en la enfermedad." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 148.

coordinadas asumidas por el cuerpo en vista de la acción, cambia y modifica así el perfil mismo de la subjetividad. En las dimensiones espacio-temporales de la corporeidad herida por la enfermedad se verifica una reducción existencial. Es decir, en la *situación* corpórea acontece un cambio ontológico fuerte que modifica también las coordenadas del espacio-tiempo de la corporeidad inteligible. El mundo de las cosas viene a ser reducido en la percepción inmediata de las sensaciones, en cuanto el cuerpo se ha vuelto elemento predominante de la constitución del sujeto.

Reducción no es sinónimo aquí de disminución. En realidad, las proporciones entre “espacialidad” inteligible de la corporeidad y “espacialidad” de la realidad se reducen proporcionalmente, así que la dimensión existencial del enfermo resulta proporcionalmente reducida pero no disminuida.

Ahora bien, en el plano narrativo, podríamos decir que tal cambio ontológico viene a ser evidente en el momento en el que el enfermo entra dentro del ambiente hospitalario o sanitario. Podríamos decir que la traducción del *illness narrative* en *disease narrative*, es lo que inaugura el cambio ontológico. El sujeto enfermo viene aquí transformado en *paciente*. Así la *persona* viene a ser ahora *caso*.

La dimensión experiencial viene a ser abierta por el cambio de perspectivas. El cambio de *situación* corpórea y la resultante *situación* existencial abren un ulterior cambio de las experiencias.

Asimismo, las experiencias más predominantes en el arco de la cotidianidad del enfermo vienen a ser todas aquellas que están relacionadas de alguna manera con la enfermedad. La enfermedad y

el estar enfermo, en pocas palabras, se vuelven eje de la cotidianidad del sujeto.<sup>358</sup>

El paciente viene ahora a ser reificado junto con los síntomas que presenta y que tienen que entrar en alguna estadística propia de la literatura médica.

El cambio experiencial parece, pues, resultar de la relación existente entre el concepto de *illness* y el de *disease*. En este sentido, la experiencia de la enfermedad viene a ser dibujada a partir de las connotaciones que se instauran en la dinámica de la perspectiva personal (*illness narrative*) y de la taxonómica (*disease narrative*). La dimensión experiencial del ser paciente viene a ser caracterizada, entonces, por su pertenencia al ámbito médico-clínico. El *homo patiens* se vuelve *paciente* en cuanto sujeto que entra dentro de un ámbito o institución socialmente reconocida. Podríamos decir que la atribución del estatuto de *ser paciente* viene a depender por un acto de reconocimiento social y comunitario: por un lado la sociedad reconoce el estado de enfermo, reconoce la enfermedad (en cuanto entidad); por otro reconoce también la legitimidad del espacio sanitario, conforme a los rasgos culturales e históricos de la comunidad.

En tal sentido, la dimensión experiencial viene a asumir caracteres distintos según los elementos de la cultura, la sociedad, el tiempo histórico, etc...Esto quiere decir que el cambio ontológico asume rasgos diversos según las dinámicas hermenéuticas que vienen aplicadas al caso concreto de un enfermo.

---

<sup>358</sup> Obviamente, esta afirmación es correcta en proporción al grado de gravedad de la enfermedad. Seguramente un paciente con gripe podrá tener una variedad de experiencias cotidianas que un enfermo de esclerosis múltiple no podrá nunca tener. Esto quiere decir que más grave es la patología, probablemente más el sujeto sufrirá por una absorción en la dimensión de la enfermedad y de la corporeidad.

Así el cambio ontológico parece poseer consecuencias concretas en ámbitos distintos: el primero es el de la acción. El enfermo que viene reconocido en cuanto paciente, a la hora de entrar dentro de un ámbito sanitario, deberá conformar el propio comportamiento a las expectativas que tal rol socialmente le impone. El cambio ontológico designa líneas comportamentales y definiciones (fijas, en cierta medida) aplicables a los individuos particulares así como a la comunidad que le rodea. Tales líneas, sin embargo, tienen una raíz y un matiz lingüístico irreductible. La producción de relatos, que permitan el intercambio de las experiencias y la configuración de un cuadro experiencial definido, se revela en cuanto posibilidad de realización de los cambios ontológicos y en cuanto posibilidad de reconocimiento.<sup>359</sup>

Entrar dentro de la dimensión lingüística de tales relatos, quiere decir penetrar la dimensión ontológica de la enfermedad y del ser paciente. El acto de reconocimiento llevado a cabo gracias a la escucha de estos relatos, se propone como acto interpretativo en el que se abre el espacio para la comprensión de la ontología misma de la humanidad del enfermo. Este acto de reconocimiento, pues, no se limita al plano de la relación médico-paciente, en la dualidad del diálogo, sino que más bien se presenta en cuanto apertura social del drama. El intercambio narrativo de los relatos inaugura, entonces, el proceso de reconocimiento y, con ello, el del cuidado comunitario e institucional.

---

<sup>359</sup> "Storytelling is *for* an other as much as it is for oneself. In the reciprocity that is storytelling, the teller offers herself as guide to the other's self-formation. The other's receipt of that guidance not only recognizes but *values* the teller. The moral genius of storytelling is that each, teller and listener, enters the space of the story *for* the other." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pgg. 17-18.

Entramos así en la dimensión temporal del cambio ontológico. Esa dimensión se presenta en cuanto estrictamente relacionada con el ámbito narrativo-biográfico.

Hemos anteriormente dicho que el momento de la entrada al ámbito sanitario sanciona también un cambio radical en la temporalidad de la existencia. El tiempo, que es posibilidad de distensión misma de la capacidad de actuar propia del *homo capax*, se vuelve temporalidad biológica (de la enfermedad). En los relatos de la enfermedad el tiempo relatado viene a ser el relacionado a los problemas causados por la enfermedad o relacionado a los cambios que el enfermar ha provocado dentro de la existencia del enfermo. Ahora bien, esto quiere decir que el cronotopo de los *illness narratives* es producto de la relación existente entre espacio sanitario (institucional) y tiempo existencial que, probablemente, se verá compuesto fundamentalmente por el tiempo de la enfermedad o por los momentos relacionados a ella. El cambio temporal introducido por la enfermedad dentro de la identidad es producto de un cambio en la relación entre corporeidad y narratividad.<sup>360</sup>

Ahora bien, se puede decir que tal relación entre cuerpo y narratividad posee dos dimensiones: la primera *personal*, la segunda *social*<sup>361</sup> que se reflejan en la estructura ontológica del actuar. En el contexto de la enfermedad, el tiempo de la acción se vuelve tiempo del *homo patiens*, delineando un espacio connotado de modo distinto. La acción misma

---

<sup>360</sup> Frank dice: "The stories that ill people tell come out of their bodies. The body sets in motion the need for new stories when its disease disrupts the old stories. The body, whether still diseased or recovered, is simultaneously cause, topic, and instrument of whatever stories are told." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 2.

<sup>361</sup> Cfr. A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pgg. 1-25.

cambia rasgos, adaptándose a esa dimensión “reducida” por la enfermedad.

Por eso, es preciso hablar no de la enfermedad en cuanto disminución del poder de existir, sino más bien de una reducción de poder que se manifiesta en la temporalidad biográfica modificada.

Ahora bien, la dimensión personal de la relación corporeidad-narratividad se revela en cuanto necesidad de transformar la corporeidad misma en voz. En los *illness narratives* el cuerpo asume el rol de voz viva y doliente que cuenta un determinado tipo de realidad desconocida para los otros o, de todas formas, intransferible.<sup>362</sup> En este sentido, la temporalidad del cuerpo es inmediata, lingüísticamente inarticulada. Es necesario corregir la temporalidad corpórea, distanciándola en la temporalidad de la narratividad. La corporeidad necesita ineluctablemente la narratividad para expresarse y para salir de lo que hemos llamado, con Frank, *chaos narrative*. El cuerpo se hace voz, presente, inmediata. La narratividad es, entonces, la voz de la corporeidad, su palabra articulada para la sociedad.

La dimensión social, en cambio, se presenta en cuanto receptor del mensaje expresado por los *illness narratives* y en cuanto almacén originario de las formas narrativo-metafóricas disponibles para el proceso de elaboración de los relatos.<sup>363</sup>

---

<sup>362</sup> “The *personal* issue of telling stories about illness is to give voice to the body, so that the changed body can become once again familiar in these stories. But as the language of the story seeks to make the body familiar, the body eludes language. (...) We must speak for the body, and such speech is quickly frustrated: speech presents itself as being about the body rather than of it.” A. W. Frank, *The wounded storyteller-Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 2.

<sup>363</sup> “The obvious social aspect of stories is that they are told to someone. (...) The less evident social aspect of stories is that people do not make up their stories by themselves. The shape of the telling is molded by all the rhetorical expectations that the storyteller has been internalizing ever since he first heard some relative describe an illness.” A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 3.

Así, podríamos decir que, en realidad, el cambio ontológico viene registrado en cuanto tal, sólo si viene analizado a la luz del plano de la narratividad.

Intentemos, pues, bajar un poco más en el análisis y examinar el tipo de cambio narrativo-reflexivo que acontece dentro del ámbito de la identidad personal.

## 11.2. Cambio narrativo

Se puede hablar de cambio narrativo de la identidad cuando se toma en consideración, desde el punto de vista narratológico-biográfico, las modificaciones que ocurren en las relaciones entre corporeidad, narratividad y temporalidad en el contexto de la enfermedad.

Para poder analizar este tipo de cambio tendremos que tomar en examen tres ámbitos que ya hemos encontrado a lo largo de nuestro planteamiento, encuadrados ahora desde el punto de vista narratológico-reflexivo:

- ámbito corpóreo;
- ámbito temporal;
- ámbito social.

La narratividad se vuelve, primeramente, voz del cuerpo.

Hemos visto como el lenguaje logra estructurar la realidad, gracias a la elaboración y formación de las metáforas y de las concreciones semánticas de los valores y de los significados personales y sociales compartidos. En el contexto de la enfermedad, el paciente experimenta nuevas maneras de vivir la corporeidad: la enfermedad introduce distintos elementos que vienen registrados y expresados, tras



una acción de distanciamiento interpretativa, gracias a la formación de siempre nuevas estrategias lingüísticas. Esto quiere decir que el lenguaje y la narratividad en sí misma, son voz de un cuerpo que viene a ser modificado por la entrada de la enfermedad en su constitución ontológica de ser percipiente-comunicativo. Denominar a un enfermo, *paciente*, quiere decir hacerlo tal.

Nombrar las sensaciones quiere decir, desde el punto de vista de los *illness narratives*, instaurar un proceso de meta-control sobre el cuerpo y, desde el punto de vista de los *disease narratives*, ofrecer al médico la posibilidad de organizar los síntomas en una taxonomía general y universal, es decir, organizar la realidad de las sensaciones corpóreas subjetivas en una dimensión reificada y reificable, clínicamente estructurada. La narratividad, en cuanto voz del cuerpo, implica la apertura de un espacio inteligible e interrelacional entre las meras sensaciones intransferibles de la corporeidad y la dimensión social, sanitaria. Es decir, crea las sensaciones.<sup>364</sup>

Esto quiere decir que la narratividad es una estrategia de adaptación ya sea personal o social al fenómeno de la enfermedad, estrategia que utiliza cronotopos y géneros absolutamente propios.

La narratividad inaugura, también, un proceso de integración de la enfermedad dentro de la biografía del sujeto. Estructurar la corporeidad enferma quiere decir encontrar puntos de continuidad temporal dentro de la trama biográfica de la propia ontología humana; quiere decir poner un puente semántico entre las vivencias precedentes y las actuales del sufrimiento; conectar la enfermedad con la historia propia,

---

<sup>364</sup> "The narratives are shown to be media for body-selves to express and reflexively monitor themselves." A. W. Frank, *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, pg. 52.

reconocer la propia identidad dentro del margen de precariedad al que expone la enfermedad y el peligro de la muerte.

Dentro de la narratividad se restaura una identidad que descubre tangiblemente su precariedad, su ser mediación en la semántica del dolor y la quiebra temporal y ontológica introducida por la enfermedad. Tal continuidad narrativa se pone como base para una reflexión más profunda sobre la humanidad de los significados que constituyen nuestras existencias personales y sociales, nuestras mismas biografías. Los relatos que surgen a partir de la enfermedad se vuelven, por un lado, estrategia de continuidad de la historia social, por otro, pruebas para la sociedad misma y no sólo para el individuo.

En el movimiento interrelacional de la narratividad, la corporeidad, criterio pre-intencional y pre-semántico de la subjetividad, se vuelve interpersonal: en el flujo narrativo se inaugura el espacio para la comprensión y para la cercanía que, al límite, se desarrolla como empatía.<sup>365</sup>

La narratividad explicitaría, entonces, la semántica pre-intencional del cuerpo. Por eso, la comunicatividad de las narraciones es voz del cuerpo.

Analizar tales relatos, concentrarse sobre la construcción de las narraciones en ámbito sanitario, quiere decir permitir al enfermo llevar a cabo un proceso de reintegración de la enfermedad dentro de la propia historia personal, familiar y relacional; quiere decir permitirle autoreconocerse en cuanto sujeto que vive una historia de enfermedad

---

<sup>365</sup> "[En la comprensión del otro] Hay, pues, una reasunción del pensamiento del otro a través de la palabra, una reflexión en el otro, un poder pensar *según el otro* que enriquece nuestros propios pensamientos." M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 196.

y, por tanto, permitirle organizar nuevas estrategias de supervivencia al caos introducido, a causa de la enfermedad, dentro de su existencia.

Los *illness narratives* inauguran así un espacio intersubjetivo en el que la corporeidad viene estructurada, vivida, percibida y, eventualmente, acogida. En tal sentido, podríamos decir que los *illness narratives* permiten también la elaboración de los *disease narratives* : en la relación que se crea entre estos dos relatos, se desarrolla una relación médico-paciente abierta a la real y auténtica comunicación entre dos personas y entre actores o personajes de una común historia clínica.

Estrictamente relacionado con la dimensión narrativa se encuentra el ámbito temporal.

En el contexto de la enfermedad, el cronotopo hospitalario viene a ser predominante dentro de la estructura temporal de la identidad del sujeto.

Esto implica que, por un lado, el sujeto concentrará casi completamente su atención sobre los momentos existenciales relacionados con el espacio sanitario; por otro, percibirá la diferenciación cualitativa de los otros momentos de la cotidianidad.

En otras palabras, el espacio temporal del cronotopo sanitario vendrá a ser predominante desde el punto de vista del médico, respecto con los tiempos de la socialidad.<sup>366</sup>

Sin embargo, el sujeto se encontrará a vivir, por lo menos en algunos casos, una división de la dimensión temporal entre su vida fuera del ámbito sanitario y la que acontece dentro de tal contexto. Así, el tiempo social seguirá siendo caracterizado por una cierta escansión,

---

<sup>366</sup> "The consequence of this chronotope is that social issues tend not to be a concern for medical ethics. When cases are presented with a chronotope that extends our moral concerns only toward what is happening within the setting of the hospital, the result is that the world outside the hospital does not seem to matter." T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, pg. 78.

establecida por la historia relacional del sujeto; por otro lado, el tiempo hospitalario presentará una dilatación de los instantes. El tiempo humano viene ahora a ser tiempo de la enfermedad: el presente del sujeto vendría, pues, a coincidir con el presente de la enfermedad. En tal sentido, desde el punto de vista sanitario, el pasado viene a perder de importancia, una vez que se haya reconstruido la anamnesis del paciente. A partir de entonces, el presente se transforma en la dimensión temporal predominante, rellorando los espacios relacionales hospitalarios. Según las variaciones de la enfermedad, variarán también los ritmos existenciales del sujeto.

La tarea de la narratividad es la de distender, pues, esta división temporal entre dimensión social y sanitaria que vive el sujeto enfermo gracias al proceso de la *síntesis del heterogéneo* propio del acto de reconfiguración del relato.

La introducción del elemento de la enfermedad dentro del camino temporal de una biografía implica también la distanciación del curso normal de la temporalidad.

La presencialidad del instante de dolor, el presente de la enfermedad, puede abrir el espacio a una reflexividad nueva, ocasionar el nacimiento de nuevos criterios interpretativos de la existencia que se autoreconoce en cuanto entidad temporal ontológicamente finita.

El límite, en este sentido, se vuelve principio hermenéutico de la temporalidad fragmentada en temporalidad biográfica-social y temporalidad sanitaria.

En este límite se encuentran relacionados, pues, la dilatación temporal causada por la enfermedad, temporalidad del cuerpo, y la reducción existencial y física impuesta por la enfermedad misma. En tal relación se abre la idea y percepción del límite. El sujeto, tangiblemente, llega a la

precariedad y al ser mediación de su humanidad. Y la palabra, así como decía Ricoeur, se transforma ahora en transgresión del límite mismo. En la expresividad del lenguaje, en la semántica del dolor y de la socialidad, la palabra constituye el puente que une el sujeto enfermo con las dimensiones existenciales y familiares del grupo comunitario. La significatividad de la palabra puede ser, pues, superación del límite.

Finalmente, el ámbito de la narratividad se pone como punto de contacto entre la dimensión de la interioridad del paciente y la dimensión de la socialidad misma.

El espacio cronotópico del ámbito sanitario, de hecho, tiende a reificar el sujeto (tanto el médico, como el paciente) transformándolo en un rol social.<sup>367</sup>

El cronotopo propio de los *illness narratives*, sin embargo, está constituido por interrelaciones de espacios y tiempos que son personales y sociales. Esto quiere decir que el cronotopo de los relatos de la enfermedad son, en muchos casos, cronotopos holísticos. Los espacios personales y sociales, entonces, se revelan complementarios en la composición de una biografía aún caracterizada por la enfermedad. La "relacionalidad" existente entre espacio y tiempo abre la dimensión del *holismo narrativo* propio de la socialidad.

En este sentido, el cambio narrativo de la identidad, se presenta también en cuanto cambio a nivel social. No sólo porque, como hemos intentado mostrar, la construcción de los relatos se basa en el intercambio semántico entre los valores personales y sociales, sino porque el cambio narrativo de la identidad inaugura una división de roles que tienen que venir socialmente reconocidos. La narrativización de los *illness narratives*, por un lado, y de los *disease narratives* por otro,

---

<sup>367</sup> "In the chronotope of the hospital, people are usually transformed into particular roles." T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, pg. 78.

crea los personajes, los roles. En tal sentido, la dimensión narrativa sanciona lo que la sociedad reconoce.

Veremos ahora esta tercera dimensión del cambio narrativo, es decir la del ámbito social. Creemos, de hecho, que se pueda hablar de un tipo de cambio social de la identidad inaugurado, justamente, por el cambio narrativo de la misma.

### 11.3. Cambios sociales de la identidad

La identidad del yo es lo que se esconde detrás de las correspondencias entre sujeto y ámbito social en el que el sujeto se encuentra insertado.

Tales correspondencias vienen construidas y garantizadas por la continuidad y la coherencia de la biografía del sujeto en cuestión.

Por tanto, se puede decir que, tales correspondencias vendrían constituidas por la esfera simbólico-lingüística que, como hemos anteriormente visto, pone en relación la dimensión íntima y privada del espacio interno del sujeto con la dimensión de la realidad. Más precisamente, podríamos decir que la esfera simbólico-lingüística une, relacionadamente, el sujeto con el ámbito social del grupo humano que éste habita.

Ahora bien, la continuidad y la coherencia biográficas del sujeto son instancias exquisitamente lingüístico-narrativas. Esto quiere decir, que la construcción social de la identidad posee rasgos eminentemente narrativos.

La complejidad de la articulación lingüística y simbólica de la identidad que se asoma al ámbito social, estructura el orden de los roles sociales

que pertenecen al sujeto. En otras palabras, la constitución holista y lingüística de la existencia humana estructura ordena y sanciona la división y la disposición de los mismos roles sociales. Cada sujeto viene a ser sujeto en cuanto investido, lingüísticamente, de un rol dentro del ámbito social restringido de su propio grupo.<sup>368</sup>

Tal tipo de construcción había sido anteriormente denominada *holismo narrativo*.

Ahora bien, lo que nos interesa aquí analizar es el concepto de identidad humana en cuanto lingüísticamente holista, en relación al discurso llevado a cabo en el capítulo anterior. Es decir, qué tipo de cambios acontecen en la identidad desde el punto de vista social cuando ésta entra en el contexto de la enfermedad.

Hasta ahora hemos intentado dibujar el perfil de los cambios de la identidad desde el punto de vista ontológico y narrativo. Hemos podido apreciar que, finalmente, tales cambios resultan relacionados gracias a la interdependencia existente entre el plano de la realidad y el del lenguaje.

Por tanto, quisiéramos ahora focalizar nuestra atención sobre el ámbito de las relaciones que unen la identidad humana, en cuanto constitución simbólico-narrativa, con la realidad social, en cuanto construcción semántica, en el contexto específico de la enfermedad.

Se trata de analizar la identidad socialmente resultante de este proceso de cambio que es, eminentemente, lingüístico. Ahora bien, el intercambio relacional-semántico que acontece entre estas tres dimensiones, parece dar lugar a un cambio en la identidad, más o menos largo, temporáneo o permanente. Tal cambio es debido, como

---

<sup>368</sup> No se pretende dar aquí una definición del concepto de "identidad". Nuestra argumentación es, simplemente, funcional a lo que aquí nos interesa analizar: los cambios sociales de la identidad causados por la enfermedad.

hemos visto, a la mutación ontológica del sujeto y de las narrativas que construyen su propia identidad. El elemento polisémico y polisemántico de la enfermedad penetra la relación simbólica que une un sujeto particular con el mundo de las cosas y de los demás, imponiendo unas vivencias que asumen un carácter narrativo predominante. Esto quiere decir que el factor semántico propio de la enfermedad logra cambiar la interrelación simbólica entre sujeto y realidad. En pocas palabras, el enfermar cambia la estructura de la realidad social y el perfil identificante del sujeto, y hiere dramáticamente los componentes básicos de la identidad.

Las metáforas sobre la enfermedad, generadas por la sociedad, gracias a la sedimentación de los valores semánticos (por ende, también morales y tradicionales) entran, pues, en la dinámica sujeto-realidad, hasta el punto de modificar la estructura del sujeto mismo. En algunos casos se asiste a una metaforización del sujeto.

Ahora bien, la interrelación semántico-ontológica que une sujeto y realidad socio-cultural, funda y establece una división de roles. Podríamos decir que, en el plano ontológico, tales roles corresponderían a la multitud de identidades que cada uno de nosotros lleva en la dimensión comunitaria. Tal pluralidad de identidades posee una unidad gracias a nuestro ser *persona*, en el sentido etimológico del término, en cuanto criterio interpretativo y unificante de las variadas dimensiones que constituyen el ser humano.

En el plano narrativo, la división de roles correspondería a la diferencia temporal y ontológica que separa, justamente, la persona real de su ser *personaje*.

Como hemos dicho, la identidad personal correspondería a la narrativa. Ahora bien, en el plano narrativo, la identidad del yo sería su propia



biografía. Una biografía encarnada en la fisicidad de una persona concreta, una referencia identificante y agente que interactúa con la realidad de un mundo de cosas y de otras personas-historias, y que se constituye a partir de estas interacciones-historias. La relación entre dimensión socio-cultural y dimensión narrativo-biográfica genera una pluralidad de personajes específicos que se alternan o se superponen en la escansión temporal de la existencia del sujeto.

En el contexto de la enfermedad, la especificidad de tales personajes se concreta en la atribución del rol, respectivamente, de médico, paciente y varios roles secundarios (por ejemplo, otros profesionales sanitarios involucrados en el episodio de la enfermedad, familiares, amigos, etc...). En esta división, plano ontológico y narrativo confluyen en la creación de una historia que posee una valencia biográfica determinante. Como hemos visto, cambio ontológico y narrativo resultan ineluctablemente relacionados en la definición no sólo de eventos biográficos propios del sujeto enfermo, sino en la proyección de un presente y de un futuro imaginativamente variables.

La relación entre la variabilidad de tales roles-personajes y la dimensión temporal de la existencia dibuja así el presente biográfico de un sujeto y genera variaciones imaginativas sobre el futuro.

Ahora bien, la división de roles genera una división narrativa de papeles. Se asiste a la emersión de lo que hasta ahora hemos llamado *illness* y *disease narratives*.

Los *illness narratives* son instrumentos que realizan el cambio narrativo y ontológico causado por la enfermedad dentro de la existencia de un sujeto. Esto quiere decir que los relatos de la enfermedad vienen a ser producidos en respuesta a las demandas de sentido propias del sujeto.

La enfermedad, en muchas ocasiones, se pone como elemento de destrucción del sentido de unidad biológica, cronológica y ontológica del ser humano. Los relatos de la enfermedad tienen como tarea, justamente, la reconstrucción de tal sentido de identidad puesto en crisis por un acontecimiento completamente involuntario.

En la apertura dialógica del acto de relatar el sujeto lograría distender las tensiones propias de la precariedad existencial inducida por la enfermedad. En la escansión temporal de la narrativa, el tiempo de la enfermedad, que es tiempo biológico, podría asumir nuevos significados existenciales, podría volverse ahora tiempo para la comprensión y la apertura o para una nueva reconfiguración de la realidad del enfermar. En la comunidad de la comunicación y de la semántica, los significados se vuelven comunicables y compartidos: el sujeto posee, pues, la posibilidad, de transformar su dolor y su enfermedad en un evento interpretable y comunitario. Los *illness narratives*, entonces, resultan ser la realización de este holismo narrativo que constituye la identidad del individuo dentro del contexto del enfermar: la reconstrucción de la subjetividad afectada por la enfermedad acontece siempre dentro de un ámbito comunitario que tiene que llevar a cabo un proceso de reconocimiento.<sup>369</sup> La división de roles, de hecho, es, principalmente, un acto de otorgamiento del rol mismo y, sobre todo, de reconocimiento del estatuto de tal rol.

---

<sup>369</sup> Mattingly y Garro dicen, haciendo referencia a los enfermos crónicos: "Because chronic illness can produce major disruptions to core of identity, such as social roles and relationships, narratives concerning such illnesses hold the potential not only of articulating the disruptions experienced but also of reconfiguring one's very social identity. This is so because the narrative portrayal of events is in essence performative, and as such is capable of both expressing and enacting visions of reality." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 89.

Así la narrativa se vuelve ahora espacio abierto en donde roles sociales y roles subjetivos vienen a ser sancionados, otorgados y reconocidos.

Podríamos decir que los relatos de la enfermedad poseen una valencia doble: por un lado, de hecho, sirven al sujeto para orientarse en el ámbito desconocido de la enfermedad, por otro lado, vienen producidos, acogidos y re-elaborados por la sociedad con el fin de llevar a cabo un proceso de control de los acontecimientos.

Los *illness narratives*, como dicen Mattingly y Garro, son actos de habla performativos y, diríamos, perlocucionales.<sup>370</sup> De hecho, por un lado realizan lo que dicen: estructurar la experiencia de la enfermedad en un *plot* cronológicamente coherente y articulado, con vistas a la recuperación de un sentido de unidad personal que se refleja en la unidad narrativa de los acontecimientos. Por otro lado, se presentan como actos de habla que son completamente dependientes del contexto en el que vienen a ser creados, no sólo porque necesariamente la comunicación es entre al menos dos, sino sobre todo porque, como hemos visto, la semántica que permite la formulación de tales relatos es una semántica holísticamente estructurada. Esto implica también el hecho de que al acto de habla intente persuadir a los receptores del mensaje que la enfermedad es auténtica, que el sujeto enfermo no es un simulador, que su dolor intransferible existe. Los *illness narratives* resultan ser, en última instancia, la vía para el establecimiento del rol y su reconocimiento por parte de los otros.

Podríamos decir que, como la definición de los roles viene establecida a partir de la estructura socio-cultural de la comunidad humana en la que

---

<sup>370</sup> Mattingly y Garro: "Illness representations are thus constituted as a sum of patient presentations and audience interactions. The narrative reconstruction of the chronically ill self is thus necessarily positioned within power relationships." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 90.

el enfermo está insertado, asimismo cada uno de los “personajes” involucrados en la historia tiene que producir relatos que sean convincentes y coherentes con el rol que le ha sido asignado.

En este sentido, lo que antes Ricoeur había denominado *adscripción* (refiriéndose a la capacidad de identificar y reidentificar el mismo sujeto en cuanto responsable moral de las acciones cumplidas, es decir, en cuanto *adscriptible* de tales acciones), viene ahora a mostrar todas sus valencias narrativas. La adscripción de una biografía a un sujeto es una operación de reconocimiento ontológico en el sentido más fuerte, es decir, es una acción de reidentificación fundante.

En el plano narrativo, la atribución de un rol puede ser traducida en términos de adscripción. Esto quiere decir que la atribución de roles implica y posee una valencia moral profunda: la adscripción de un rol inaugura la apertura de la responsabilidad. La atribución de roles produce así expectativas sociales que regulan las conductas de los miembros del grupo y abre el espacio a la intercomunicación.

La adscripción de roles y de responsabilidades es lo que crea, en última instancia, también la predictibilidad de los relatos<sup>371</sup>: la adscripción de tales roles genera la cristalización de la semántica y de los significados que se vuelven patrimonio de la comunidad y modelos expresivos más o menos fijos.

Tal interacción narrativa sanciona algunas expectativas comportamentales que el sujeto enfermo tendrá que asumir, coherentemente con su rol de enfermo. Se trata de expectativas positivas y negativas:

- expectativas positivas: la sociedad ayuda y empuja al sujeto en la búsqueda de ayuda médica. Los miembros de la familia, por

---

<sup>371</sup> Cfr. Capítulo anterior, párrafo 9.1.

ejemplo, asisten y observan al enfermo, le aconsejan atender al médico y hasta le indican un profesional particular o intentan, a nivel doméstico, cuidar al enfermo con medicamentos (pertenecientes o no a la medicina oficial). La sociedad, bajo este punto de vista, crea la expectativa que el paciente se deje guiar por ella;

- expectativas negativas: la sociedad sanciona y legitima la suspensión de algunas o de todas las actividades del sujeto enfermo, sus responsabilidades y obligaciones que, en cambio, los sujetos sanos tienen que seguir atendiendo.

El desarrollo de tal tipo de reacciones es debido, por un lado, al reconocimiento del rol asignado al enfermo en cuanto paciente. En tal sentido, el sujeto se vuelve *patients* de todo tipo de acción dirigida a su supuesto bien: el sujeto se transforma en centro de la atención de los miembros de la comunidad que asumen un comportamiento protectorio según las modalidades de la propia cultura. El sujeto viene reconocido en cuanto *vulnerable*, es decir, se vuelve vulnerable. Por otro lado, la sociedad misma desempeña aquí su rol, siendo también ella un personaje de la historia. Tal papel se pone en cuanto referente comportamental-semántico del sujeto enfermo: el grupo socio-cultural en el cual el enfermo se encuentra, se pone, en algunos casos, como elemento de orientación en el proceso de disgregación de la identidad. Este proceso de orientación es el resultado de las negociaciones narrativas entre el sujeto mismo y la construcción societaria. La sociedad, por tanto, provee los medios semánticos sea para establecer el grado de disgregación causado por la enfermedad, sea para reorganizar la estructura de la identidad personal y social del enfermo. Dicho en otras palabras, siendo la sociedad almacén semántico de los

valores culturales que constituyen su propia identidad y la identidad de los sujetos, es ella misma que mide, sanciona legítima y re-estructura las relaciones entre enfermo y grupo social a nivel institucional.<sup>372</sup> Tal reorganización tiene lugar, justamente, en la interacción narrativa de los distintos relatos, interacción que dinámicamente cambia, a la vez, la estructura de la identidad personal y la de la sociedad.<sup>373</sup>

En pocas palabras, los procesos de *adscripción* y de reconocimiento, procesos que son instancias narrativas, fundan visiones y estructuras de la realidad.

Tales procesos son, pues, actos interrelacionales e inter-personales: en ellos confluyen las estructuras sociales del grupo humano en el que el enfermo habita, y las mismas constituciones físicas de los cuerpos.

Los *illness narratives* se vuelven así espacios para la reconfiguración de la identidad personal y social.<sup>374</sup>

La intransferibilidad de la historia personal, también en la enfermedad, es el elemento por el cual el momento de la enfermedad puede ser aprovechado en cuanto momento de búsqueda de un sentido personal. Juntos a Sontag, no pensamos que se puedan atribuir a la

---

<sup>372</sup> Mattingly y Garro dicen: "(...) we see that cultural ideals give the images and motives that are simultaneously the basis of disruption and of reorganization. Through intersubjective narrative representations of the causes and consequences of their illnesses, these patients produce a revised notion of order that restructures their disrupted identities in ways that transcends victimhood." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 100.

<sup>373</sup> "In the process of defining a changed self, (...), these patients have effectively enacted social change. In the process of weaving alternative forms of coherence, they simultaneously reflect cultural norms, address contradiction, and realign power relations." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 101.

<sup>374</sup> Mattingly y Garro afirman: "The restructuring of self and social identity that occurs in response to chronic illness requires a long lasting performance, a kind of pilgrimage into a sustainable construction of a changed self and roles." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 89.

enfermedad particulares significados. Simplemente la enfermedad es un hecho. Sin embargo (y aquí nos distanciamos de Sontag), sí podría ser evento, ocasión de auto-comprensión, de auto-reconocimiento y espacio de pacificación biográfica consigo mismo y/o con las contradicciones presentes en la propia biografía. Es decir, la enfermedad misma no poseería significados propios, pero sí, en nuestra opinión, puede venir, eventualmente, considerada como un momento de búsqueda del significado de la propia historia, de un significado personal.

Los *illness narratives* se vuelven así ocasión para cumplir un acto hermenéutico que es, en última instancia, acto de autoafirmación y, según Ricoeur, acto de autoestima en el reconocimiento de la valencia corpóreo-ontológica del sí. Según tal óptica, la enfermedad puede venir transformada en oportunidad de desvelamiento de algunas realidades de la persona enferma misma hasta entonces ocultas.

Los *illness narratives*, en la apertura comunitaria que implican, despliegan también la posibilidad de sanar algunos conflictos sociales.<sup>375</sup>

Los *illness narratives* implican la inserción del acontecimiento de la enfermedad (acontecimiento que puede ser, pues, transformado en ocasión) dentro del contexto más amplio de la vida y de la propia existencia.<sup>376</sup> Abrir el espacio de la comunicación comunitaria quiere decir transformar la enfermedad en evento intersubjetivo e

---

<sup>375</sup> Mattingly y Garro dicen: "As patients move from the liminality of illness crisis back into complex lifeworld, their illness narratives have a potential for affecting strategic changes in terms of the broad context of their lives. Some take this opportunity to redefine the self and social conflicts in ways that address broader personal and social conflicts and contradictions than those encountered in the illness itself." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 89.

<sup>376</sup> Cfr. C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 89.

interpersonal. Los *illness narratives* se vuelven, entonces, relatos de una corporeidad viva: la ontología quebrada de la que hablaba Ricoeur, y que se presentaba en cuanto espacio de mediación ontológica y de expresión significativa, se vuelve ahora ocasión de la misma realización de la humanidad finita y labil.

Se trata, pues, de una labor socialmente tácita de mutua acogida y de reconocimiento que acontece a nivel narrativo, histórico biográfico y ontológico. La división de roles es funcional, en este contexto, a la resolución de las situaciones existencialmente cruciales y a la organización de una estructura de orden y control. Los relatos de la enfermedad son, en última instancia, una tentativa de imponer una racionalidad (de tipo narrativo) sobre acontecimientos que son incomprensibles para los sujetos y para la sociedad misma.

Podríamos, pues, decir que la división de roles efectúa cambios a varios niveles:

- nivel narrativo: sancionado por la división misma de los roles sociales. Cada sujeto se vuelve personaje particular de una historia. Tal cambio es definido por la estructura holística de la identidad y de la existencia humana misma. Como diría MacIntyre, la historia de uno necesariamente involucra las historias de los otros, es decir, la biografía de un sujeto es un *enacted narrative*. La identidad del sujeto adquiere los rasgos del personaje que "interpreta", es decir, que vive. En este sentido, la persona enferma será ahora *paciente*;
- nivel experiencial: inaugurado por el cambio narrativo. Dado que el lenguaje es lo que estructura y otorga una visión a la realidad y una organización de sentido, el cambio narrativo concederá a la experiencia del dolor bruto la posibilidad de venir ahora vivido.



Las sensaciones, el miedo y el sufrimiento se vuelven, gracias al plano narrativo, experiencias existenciales. Una vez otorgado a la persona enferma el título de *paciente*, el sujeto empezará a ser realmente *paciente* y a experimentar su vida cotidiana como tal;

- nivel temporal: la dimensión de la temporalidad existencial ahora se vuelve temporalidad hospitalaria. Como hemos anteriormente visto, el cronotopo de la narratividad que se desprende de la enfermedad es un cronotopo exclusivamente (o casi) biológico-institucional.

Estos cambios nos revelan que la elaboración de *illness narratives* se pone en cuanto tentativa de una reconstrucción semántica de una identidad y de una corporeidad heridas. Los relatos de la enfermedad, de hecho, no se presentan simplemente como vehículos de comunicación verbal, sino que se hacen instrumentos de oposición a la disgregación impuesta por el enfermar. En este sentido, los *illness narratives* se presentan como estrategias de reconstrucción de la identidad a nivel personal y societario. En la distensión del orden semántico de la narratividad, la persona enferma podría ser capaz de abrir un espacio hermenéutico de comprensión de los conflictos más amplios presentes en su propia vida.<sup>377</sup>

Ahora, tales espacios de comprensión podrían también ser interpretados como espacios estratégicos aptos a mediar, justamente, los conflictos entre sujeto y sociedad, entre rol de paciente y rol de médico, entre poder y no-poder, es decir, entre rol de *homo capax* y rol

---

<sup>377</sup> Mattingly y Garro dicen: "Illness narratives may thus respond to the disruption of identity introduced by chronic illness by generating strategically revised identity, creating a new place in the social world that resolves conflicts and difficulties rooted in the broad context of the teller's life." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 90.

de *homo patiens*.<sup>378</sup> Los *illness narratives* se presentan, pues, en cuanto realización de negociaciones entre el sujeto, su entorno socio-cultural y el proceso de disgregación de la identidad causado por la enfermedad.

Siguiendo la argumentación de Mattingly y Garro, podríamos decir que estos relatos reflejan la naturaleza intersubjetiva de la vivencia del enfermar, en cuanto vienen a ser elaborados e insertados en el curso de la vida social cotidiana del enfermo.

En este sentido, se podría decir que, en primer lugar, los relatos mismos se presentan en cuanto negociaciones entre el sujeto y las dificultades planteadas por la enfermedad misma en su vida social. Los relatos se revelan como instancias comunicativas que espontáneamente vienen a emerger en el curso cotidiano de la vida social e interactiva del paciente.

En segundo lugar, los relatos de la enfermedad no vienen producidos sólo por el paciente, sino que vienen contruidos a partir de una pluralidad vocal de puntos de vista: los miembros de la familia, como hemos anteriormente dicho, también construyen sus propias versiones de los hechos y elaboran sus propias interpretaciones narrativas de los acontecimientos. Los *illness narratives*, en definitiva, resultan estar compuestos por una compleja pluralidad de interpretaciones.<sup>379</sup>

De hecho, podría acontecer que la sociedad desconozca el rol del sujeto enfermo en cuanto paciente.

---

<sup>378</sup> Siempre Mattingly y Garro, en su estudio sobre la enfermedad crónica, dicen: "In examining the strategic implications of illness narratives, we open a window onto understanding the rhetorical processes by which chronic illness and its associated role disruptions are woven into ongoing negotiations over questions of power and powerlessness within patients' lives." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 90.

<sup>379</sup> Cfr. C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pgg. 92-93.

En este caso, el grupo social levantará la sospecha de la simulación, destruyendo así la *confianza* básica en el otro. El no reconocer a un sujeto el estatuto de enfermo quiere decir también dudar de las cosas que relata relativamente a su salud, es decir, dudar de su propia identidad narrativa y personal. Más aún, quiere decir atribuir al sujeto la identidad de simulador, de falso.<sup>380</sup> Más adelante veremos cómo el valor de la confianza, en realidad, es la base de toda esta argumentación.

Sin embargo, quisiéramos concentrarnos más bien en el valor de los actos lingüísticos de los *illness narratives*. En realidad, como dicen Mattingly y Garro, tales relatos son expresión de la capacidad de adaptación a la enfermedad por parte de un sujeto relacionado con su propio grupo social. En la elaboración de los *illness narratives* podemos ver la tentativa creativa de incorporar los eventos del proceso de enfermar dentro de la estructura histórica de la biografía del sujeto; una tentativa de recrear de otra manera y a la luz de algo tremendo, una nueva identidad capaz de conciliar en sí misma los cambios físicos, psicológicos y sociales que la enfermedad impone.<sup>381</sup>

---

<sup>380</sup> "The central concern in identifying secondary gain is to determine the validity of subjective reports of pain and disability. It is a judgmental and simplistic model, devised to evaluate the authenticity, in medical terms, of patient complaints. By focusing the present analysis on the embeddedness of illness narratives in broader contexts of personhood and social life, we move toward a fuller understanding of narrative's performative nature." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pg. 99.

<sup>381</sup> "(...) the strategic success of these narratives should be seen as an expression of the resilience and adaptability of the human spirit. These patients are neither exploitative nor inauthentic, but rather are involved in a process wherein adversity is incorporated into their ongoing biographies in creative and useful ways. They have effectively reconstructed a place for themselves in the world that is in some ways better for them than the place they occupied prior to the illness's disruptive effects." C. Mattingly, L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000, pgg. 99-100.

Ahora bien, podríamos entonces decir que la relación existente entre el cambio ontológico y el cambio narrativo de la identidad, generan nuevos horizontes existenciales para el sujeto. Hemos visto cómo tales horizontes se constituyen en cuanto construcciones holistas de significados compartidos por el sujeto y por la sociedad. Esto quiere decir que la atribución y el reconocimiento del rol de enfermo, de paciente, es una negociación que acontece en el ámbito socio-institucional dentro de una comunidad y que es la comunidad misma la que, a nivel automatizado (en nuestras sociedades occidentales), adscribe una escala valorativa y judicial a la enfermedad y al enfermo. En estos casos se asiste a un proceso de reificación de la persona enferma. Esto quiere decir que el valor metafórico de la enfermedad se hace predominante en la relación entre sujeto y sociedad. Consecuencia de esta predominancia, puede ser el desencadenarse de un proceso de “metaforización” del sujeto enfermo mismo: las metáforas propias de una enfermedad (metáforas que, como hemos visto, son construcciones semánticas y culturales) pasan a ser atribuidas a la persona que padece de tal enfermedad. Ahora bien, a la “metaforización” de una persona corresponde un proceso de “estigmatización”. Tal proceso otra cosa no es sino una modalidad de la relación que se podría establecer entre un sujeto y la realidad social. Dicho en otras palabras, la identidad personal en cuanto principio holista, se construye a partir de la relación constitutiva entre una *identidad social real* y una *identidad social virtual*.<sup>382</sup> La sociedad, de hecho, establece los criterios y las categorías que se pueden encontrar en su propio medio. Tales criterios y categorías vienen aplicados también a sus miembros. Ahora bien, *la identidad social real* sería, en la

---

<sup>382</sup> Cfr. E. Goffman, *Estigma- La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970.

opinión de Goffman, el conjunto de categorías que pertenecen a un individuo, según lo que se pueda observar. La *identidad social virtual*, en cambio, viene sancionada por todos aquellos atributos y supuestos que provienen de las expectativas sociales mismas.<sup>383</sup> La relación entre estos dos tipos de identidades sociales puede, en algunos casos, dar lugar a un proceso de estigmatización de un sujeto. En este contexto, "estigma" viene a ser una transgresión a todos aquellos atributos que, dentro de una específica sociedad, vienen considerados convencionalmente normales y corrientes. Estigma es, entonces, una discrepancia relacional entre identidad social real e identidad social virtual, una decepción en el corazón de las expectativas sociales, de la convencionalidad de lo que puede ser tolerado o no, dentro de un grupo social. En realidad, como nos advierte Goffman, no todos los atributos adscriptos a un sujeto dan necesariamente lugar a un proceso de estigmatización. Un atributo estigmatizante es producto de una relación particular entre atributo mismo y estereotipo social.

Según las dinámicas semánticas que hemos venido dibujando hasta ahora, el proceso de estigmatización deriva de una más profunda acción de metaforización que parte de la enfermedad y se extiende al sujeto enfermo. En la traducción taxonómica desde *illness* a *disease*, ya habíamos asistido a este proceso de reificación. Ineluctablemente, durante el proceso de objetivización, finalizado a la universalización científica de las particularidades empíricas presentadas por el caso concreto, por el paciente, la persona misma viene reificada e identificada con la patología.

Ahora bien, hemos visto que la construcción de las metáforas, en el caso de la enfermedad, es una estrategia explicativa de los

---

<sup>383</sup> Cfr. E. Goffman, *Estigma - La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970, pgg. 11-14.

acontecimientos similar a las demás estrategias de supervivencia social, cual la mitología. Y hemos también visto, con Sontag, que el desarrollo de las metáforas está también relacionado con el grado de conocimiento científico propio de una sociedad. Y sin embargo, más allá de los avances médicos, las enfermedades siguen siendo ámbito de metaforización. ¿Por qué? En primer lugar porque, creemos, más allá de los progresos tecnológicos y científicos, las enfermedades siguen siendo un escándalo para los seres humanos. Y, en segundo lugar, porque los procesos de metaforización son medios sociales para establecer criterios de evaluación sobre la realidad, es decir, medios de control. A través de las metáforas, la sociedad expresa, cristaliza y transmite su estatuto valorativo sobre la realidad. A su vez, tal evaluación establece los criterios, los estándares y los límites de tolerabilidad dentro de la sociedad misma. En este sentido, la sociedad establece las convenciones de normalidad/anormalidad, bueno/malo, correcto/equivocado, etc..., para su propia supervivencia. Así que, nuevamente, nos percatamos que tales tipo de criterios son, en realidad, una concrección lingüística: la sociedad también es un principio absolutamente holista.

El proceso de estigmatización, pues, se desencadena en el momento en que las metáforas atribuidas a la enfermedad vienen a ser socialmente atribuidas a la persona portadora de tal enfermedad. La estigmatización es, entonces, un proceso de reificación a nivel societario. La persona viene a ser el estigma mismo.

Esto quiere decir que el proceso de estigmatización se puede reducir, al fin y al cabo, a la atribución de unos valores lingüísticos que, inevitablemente, crean un tipo de constitución de la identidad y de la

realidad. En tal óptica, la identidad social virtual funda el estatuto de la identidad social real dentro y frente a la sociedad misma.

Sin embargo, la identidad personal (producto de esta relación entre identidad social virtual y la identidad social real) es, eminentemente, una identidad narrativa. Esto quiere decir que el estigma mismo viene a entrar, ineluctablemente, dentro de la biografía del individuo, viene a constituirse en cuanto parte fundamental de su vida, porque regula y establece determinados tipos de relaciones sociales, filtradas por la estigmatización. Esto implica que, ontológicamente hablando, un proceso de estigmatización realmente reifica un sujeto.<sup>384</sup>

Los límites valorativos impuestos por la división social de los roles, esto es, por la creación de una identidad adscripta a un sujeto, establecen los criterios de aceptación, tolerancia, acogida o rechazo de las personas miembros de la comunidad. Así que, si por un lado los procesos de estigmatización vienen usados por la sociedad para dibujar líneas de división y de comportamiento que protejan a los miembros “normales” o “sanos”, por otro lado, sancionan también la *vulnerabilidad* de los otros sujetos, los “anormales” o “enfermos”.

En el concepto de *vulnerabilidad* <sup>385</sup> confluyen las nociones de adscripción, reconocimiento, responsabilidad y confianza.

“Estigma” es una palabra que posee un significado propio, sin embargo, el contenido semántico de tal palabra puede venir fijado sólo contextualmente: es decir, su connotación depende del contexto social en el que se toma en consideración, siendo definida por los criterios y las

---

<sup>384</sup> En realidad el discurso se presenta mucho más profundo e interesante. Sin embargo, no queremos seguir en la discusión de estas temáticas porque no son de interés para nuestro trabajo. Para quien quiera profundizar los temas del “estigma” y de las dinámicas sociales y biográficas del sujeto en relación a ello, véase el libro de E. Goffman, *Estigma - La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970.

<sup>385</sup> Cuyo significado y connotación intentaremos analizar en el curso de este capítulo.

categorías de la sociedad particular misma. Así también el concepto de *vulnerable* será un concepto que posee rasgos absolutamente contextuales y sociales.

Esto quiere decir que, sea el concepto de *estigma*, sea el de *vulnerable*, necesitan una acción de adscripción por parte de los miembros del grupo humano en el que vienen usados. En pocas palabras, ser estigmatizado entra en el “juego” de la división de roles. Los significados de *estigmatizado* y de *vulnerable* son, así, absolutamente comparativos. Por tanto, la sociedad adscribe y reconoce un sujeto en cuanto estigmatizado, discriminándolo o protegiéndolo, <sup>386</sup> según sus propias dinámicas.

La emersión de tales conceptos funda, pues, unos mandatos morales fuertes: la vulnerabilidad invoca la presencia de la protección, en una palabra, de la responsabilidad.

En la práctica clínica, el médico (al que viene atribuido el rol del “salvador”, en los *rescue narratives* ) viene a ser visto como responsable y defensor del paciente en cuanto sujeto vulnerable. La sociedad sanciona tal rol y crea este tipo de expectativas, reduciendo al mínimo la contribución activa del paciente en la historia de su enfermedad. Ahora bien, *vulnerabilidad* y *confianza*, en este sentido, vienen a ser los conceptos claves y los presupuestos para el establecerse de todo tipo de relación médico-paciente. De hecho, sin la vulnerabilidad causada por la enfermedad y sancionada por la sociedad<sup>387</sup> no existiría ni médico ni paciente. La confianza viene a ser el prerequisite para el

---

<sup>386</sup> La acción de protección resulta también ser perspectivista: desde el punto de vista social-comunitario, la protección podría implicar el aislamiento del sujeto estigmatizado, una suerte de ostracismo social; desde el punto de vista del sujeto, podría implicar la acogida y la defensa.

<sup>387</sup> Vulnerabilidad que, de momento, queremos considerar simplemente relacionada al estado físico del sujeto, sin ninguna mención de su dimensión afectiva ni emocional.



crearse de tal relación, momento fundamental y fundante del espacio comunicativo entre profesional sanitario y paciente.

En este contexto, la confianza tiene que venir inaugurada mediante el reconocimiento mismo del sujeto en cuanto persona, a través de la escucha de su relato y de la posibilidad de participación al proceso de cura y gracias al reconocimiento de la propia responsabilidad hacia la humanidad del enfermo.

Confianza y responsabilidad son dos conceptos complementarios. La confianza, de hecho, es apertura al otro, apertura de un espacio de comunicación profunda y sincera, de un dejarse a conocer y a reconocer, establecimiento de una relación auténtica y libre. La responsabilidad es responsabilidad hacia este otro que es la persona y la relación misma, es un proteger la constitución abierta de tal relacionalidad, es acogida de la alteridad. La responsabilidad es, pues, máxima cuando el otro que entra en relación es un otro vulnerable que confía y cree en mí.

Veremos ahora cómo tales conceptos son fundamentales y constitutivos en el espacio institucional de la relación médico-paciente.

## **§ 12. La relación médico-paciente y ética narrativa**

Hemos intentado delinear hasta ahora cuáles son las dinámicas que interesan a la identidad humana en cuanto principio holístico relacional en el contexto de los cambios introducidos por una vivencia de enfermedad. Resultado de esto ha sido, pues, la emersión de algunos valores como el de la vulnerabilidad, por un lado, y algunas obligaciones morales, por el otro, es decir, la responsabilidad implicada

por la confianza que es prerequisite para todo tipo de relación. Así la confianza se pone en cuanto base de apertura comunicativa, base que es presupuesto ontológico de la relacionalidad misma. Sin tal tipo de apertura en la autenticidad hacia la absoluta alteridad del otro, no existe relación.

Ahora bien, el discurso sobre la confianza es también la base reflexivo-práctica para el darse de una específica tipología de relación, o sea, la relación médico-paciente que es la que nos interesa aquí analizar.

A lo largo de estos apartados, intentaremos plantear el modelo relacional de la relación médico-paciente haciendo referencia a la argumentación que Ricoeur lleva a cabo en su breve obra *Il giudizio medico* (2006). Tal contribución, póstuma, se presenta en cuanto planteamiento de preguntas alrededor del contexto médico en la bioética contemporánea. Así que, podríamos decir, que tal obra resulta en la aplicación y actualización de la metodología hermenéutica a las problemáticas planteadas por el desarrollo de la ciencia y de la investigación en ámbito médico.

Interés de Ricoeur es, pues, el de analizar la orientación de la bioética clínico-terapéutica, distinta, según él, de la bioética investigativa, es decir, la que se ocupa de investigación básica.<sup>388</sup>

Con la finalidad de analizar la relación médico-paciente, nuestro autor propone acceder a la problemática a través del examen del juicio médico, en cuanto serie de proposiciones emitidas a la hora de entrar en una relación terapéutica. Así examina el crearse y el darse de la relación médico-paciente, a través de la diferenciación de las fases judiciales propias de la relación. Gracias al análisis de los distintos tipos de

---

<sup>388</sup> Cfr. P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006, pg. 29.

juicios producidos por los actantes-interlocutores, Ricoeur individúa tres momentos o niveles de la relación médico-paciente.

Éstos serían, según Ricoeur: el nivel *prudencial*; el *deontológico*; y el *reflexivo*.

Dedicaremos este apartado a los primeros dos niveles, es decir, el *prudencial* y el *deontológico*. Intentaremos así analizarlos para relacionarlos a los argumentos que hemos intentado plantear a lo largo de este trabajo.

En el próximo apartado, en cambio, vendrá tomado en consideración el tercer nivel, el *reflexivo*. De hecho, creemos que este momento del juicio médico es lo que da lugar al desarrollo de los modelos relacionales que vienen a constituir los paradigmas institucionales de la relacionalidad médico-paciente.

### 12.1. El juicio médico integrado

La relación médico-paciente es una relación profesional de tipo absolutamente peculiar. En ella confluyen variados elementos y valores pertenecientes a ámbitos semánticos distintos: la dimensión ético-moral, científico-profesional, deontológico-legal, etc...

La instancia básica de tal tipo de relación es la formulación y expresión de un juicio que viene llamado *médico*.

La capacidad de formular y expresar un juicio, corresponde a la capacidad práctica aplicada de reconocer, analizar, discernir en las distintas situaciones concretas, tomar decisiones y actuar prácticamente.

Medicina y práctica clínica se revelan, pues, en cuanto aplicaciones particulares de una más amplia y general capacidad humana.

Formular un juicio quiere decir ser capaces de emitir una serie de proposiciones. En el contexto clínico, el juicio médico es, entonces, un conjunto de proposiciones formulado a partir de la consideración de datos clínicos y de las trayectorias que el médico, junto al paciente, evalúa oportuno perseguir con el fin de terminar su relación misma, es decir, restablecer la salud del enfermo.

Para analizar el concepto de juicio médico, haremos referencia a las reflexiones que Ricoeur esboza en una obra póstuma, titulada *Il giudizio medico* (2006).<sup>389</sup>

En tal obra Ricoeur abre el discurso de la hermenéutica (en cuanto metodología que él ha aplicado, a lo largo de su vida filosófica, al tema del ser humano y de la condición existencial del hombre) a las temáticas planteadas por la relación médico-paciente. Tal relación, de hecho, puede ser interpretada en cuanto espacio comunicativo en el que entran, en una suerte de proceso de negociación semántica la finitud humana (representada por la enfermedad) y la superación de la misma (representada por la creación y comunicatividad de la palabra emitida y recibida en la elaboración de *illness narratives* ).

Aplicando el discurso hermenéutico al ámbito de la relación médico-paciente, Ricoeur cumple una actualización de la *pequeña ética* presentada en *Sí mismo como otro*.

La ética, en el pensamiento ricoeuriano, se funda en la dialogicidad que se crea en la comunicación interpersonal con el otro. Sin embargo, tal tipo de comunicación siempre se encuentra insertada dentro de un espacio institucional concreto constituido por la sociedad.

---

<sup>389</sup> P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006.

Ricoeur plantea, pues, el problema de la relación existente entre perspectiva ética subjetiva y dimensión socio-institucional de la justicia.<sup>390</sup>

Podríamos así decir que la hermenéutica viene a ser aplicada en cuanto método reflexivo que despliega la apertura del espacio de la comprensión existencial de un sí ontológicamente quebrado. Hermenéutica y ética confluían en *Sí mismo como otro* en el concepto de autoestima en cuanto capacidad de reconocimiento y afirmación de la propia existencia, de la propia constitución de persona digna de respeto, junto a los demás y dentro de instituciones justas. Al abrirse al reconocimiento, la identidad se pone en comunicación intersubjetiva con la alteridad del otro.<sup>391</sup>

La autoestima se prolonga en la dialogicidad del mutuo reconocimiento y, por ende, en la estima del otro.

En el plano comunitario y social esto se traduce en el empeño por construir instituciones justas. Este plano, sin embargo, presentará el problema de la justicia en cuanto conflicto de interés entre la dimensión subjetiva o, al límite, diádica, y la dimensión de la comunidad.

Así el concepto de justicia introduce la idea de norma que regula la vida social gracias a la imposición de la obligación y del respeto.

En el plano reflexivo, la autoestima se convertiría en el respeto de sí, y la relación diádica e intersubjetiva se transformaría en respeto del otro. La norma del respeto, pues, sanciona el nacimiento de la institución social en cuanto tal.

La trayectoria de la ética ricoeuriana parte, pues, desde el reconocimiento de un sí, reconocimiento que es labor hermenéutico-

---

<sup>390</sup> Cfr. D. Jervolino, *Prefazione*, en Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.) Morcelliana, Brescia, 2006.

<sup>391</sup> Un yo siempre existe en cuanto reconoce a un tú.

narrativa e intersubjetiva infinita, para llegar al reconocimiento del otro y de la sociedad en el respeto de la norma de justicia.

Así, podríamos decir que la *pequeña ética* de Ricoeur, se desarrollaría a partir de las dinámicas creadas entre las tres dimensiones de reconocimiento/confianza, deontología, y reflexividad.

Actualizando este discurso y aplicándolo al juicio médico en cuanto instancia simbólico-lingüística de la relación médico-paciente, podríamos reconocer en ella, con Ricoeur<sup>392</sup>, la articulación de tres niveles básicos de desarrollo:

- nivel *prudencial*;
- nivel *deontológico*;
- nivel *reflexivo*.

El primer nivel, el prudencial,<sup>393</sup> está constituido por juicios emitidos a partir del estar-en-situación, es decir, a partir de situaciones particulares, determinadas y concretas. En términos éticos, podríamos decir que este nivel corresponde al instaurarse de una relación dialógica y diádica y, por tanto, al emerger de una relación interpersonal basada en el reconocimiento y en la apertura existencial de la confianza.

---

<sup>392</sup> Cfr. P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006.

<sup>393</sup> El uso ricoeuriano de esta palabra resulta extremadamente interesante. De hecho, el nivel prudencial en el contexto del juicio médico, hace referencia al estar-en-situación. Esto quiere decir que hace referencia al concepto de sabiduría práctica, al concepto de *phrónesis* aristotélica. Traducido en términos latinos y actualizado a la luz de la filosofía contemporánea, la *prudencia* se revela en cuanto interioridad dramáticamente involucrada en el dilema ético del elegir en la situación, con vistas al respeto de las normas, en el sentido ricoeuriano del término. Así, la conciencia moral parece ponerse, en este planteamiento, en cuanto *arbiter rerum*, instancia absolutamente mediadora de los conflictos internos más profundos. Esta es, por lo menos, la interpretación que da Jervolino (D. Jervolino, *Prefazione*, en GM, pg. 12). Estamos parcialmente de acuerdo con él, en el sentido de que se revela necesario, en nuestra opinión, hacer una precisión conceptual y considerar siempre el *background* hermenéutico y simbólico presente en la filosofía ricoeuriana. De hecho, la ética, en este tipo de planteamiento, se presenta en cuanto altamente dialógica, y nunca reducida a un posmoderno sujeto encerrado en la dramaticidad de una "difícil libertad" que sólo una sabiduría práctica podría aliviar.

En este contexto relacional clínico, viene inaugurado lo que Ricoeur denomina *pacto de cura basado en la confianza*. El paciente pone una pregunta al médico (pregunta representada por una condición de sufrimiento y de enfermedad), y el médico viene llamado a responder (gracias a la oferta de su competencia profesional). Sin embargo, en este nivel no existe una formalización de la relación, relación que se queda todavía en el plano ético del reconocimiento de los roles y de los relatos.

El segundo nivel, el deontológico, está constituido por los juicios propios del ámbito normativo que regula la práctica clínica. Este nivel se concreta en la formulación de un código deontológico de la profesión médica. Tal código se presenta, pues, en cuanto subsistema que se inserta dentro de un más amplio ámbito normativo, constituido por el *corpus* legislativo propio de un país.

Así, por ejemplo, el código deontológico tutela, gracias a sus juicios normativos, el *pacto de cura basado en la confianza*, lo garantiza, lo vigila, limitando las posibilidades de que se realicen en ello abusos.

Esto quiere decir que la existencia de un nivel deontológico permitiría transformar el pacto de cura en *contrato*.

La dimensión deontológica inauguraría una superación de la individualidad y "diadicidad" peculiares de la relación médico-paciente en el nivel prudencial.

El nivel reflexivo, en cambio, legitima, gracias a una representación especulativa crítica, los primeros dos niveles. Esta dimensión se constituiría en cuanto eje teórico de la antropología filosófica y médica, hermenéutica y ética narrativa, y se pondría como punto nevrálgico de los conflictos suscitados por los choques entre moralidad-normatividad por un lado, y ética práctica del estar-en-situación, por otro.

La tarea primaria de este nivel es la de clarificar y fijar los términos de las cuestiones conflictuales, en virtud del respeto de una democrática pluralidad de perspectivas socio-culturales.

Lo que quisiéramos aquí analizar es el primer nivel del juicio médico, es decir, el nivel *prudencial*.

La relación médico-paciente se caracteriza por la peculiaridad de su *raison d'être* : es una relación social que nace y se desarrolla a partir del sufrimiento de un sujeto, y que posee el *télos* de la auto-disolución.

En el nivel prudencial se revelan predominantes, pues, los elementos de la vulnerabilidad, del reconocimiento y de la confianza. Así, podríamos decir que el fundamento de los juicios prudenciales es la modalidad relacional misma del encuentro médico-paciente: la vulnerabilidad en cuanto condición que establece una disimetría<sup>394</sup> entre los interlocutores, y la confianza en cuanto elemento que abre el diálogo entre las dos dimensiones subjetivas de médico y paciente.

Intentemos ahora actualizar aquí, en el contexto de la relación médico-paciente y en la articulación de los momentos o niveles del juicio médico, lo que hemos analizado en el anterior apartado, sobre el valor de la confianza.

Fundamento de la confianza es un acto de reconocimiento mutuo que permita la apertura recíproca al diálogo. Tal apertura se inaugura gracias a la acogida del otro en cuanto otro, un acto de

---

<sup>394</sup> Existe una interesante diferencia semántica entre los términos *disimetría* y *asimetría*. Según el sitio oficial de la Real Academia Española ([www.rae.es](http://www.rae.es)) la definición de *disimetría* sería: defecto de simetría; mientras la de *asimetría* sería: falta de simetría. Ahora bien, en el contexto de la relación médico-paciente, creemos que es más apropiado hablar de *disimetría*, más bien que de *asimetría*. En este contexto, el problema de simetría es un problema de roles sociales, es decir, un problema de historias, no de cualidades. Socialmente, médico y paciente son disimétricos. Humanamente hablando no hay diferencia de roles, ni de cualidades. Por eso, creemos que no se puede hablar de *asimetría*, sino que es más preciso usar la palabra *disimetría*.



reconocimiento originario, aceptación de la existencia misma de la alteridad.

En el contexto de la relación médico-paciente, tal reconocimiento es sinónimo de acogida de la identidad propia de la persona del paciente. Esto implica la acogida de su historia (pasada, representada por su biografía, y presente, representada por su enfermedad y su vulnerabilidad),<sup>395</sup> es decir: la escucha.

El entrar en diálogo abre la posibilidad no de colmar la disimetría, sino por lo menos de poner en comunicación y en contacto los dos polos comunicativos disimétricos.<sup>396</sup>

El presente del paciente es un presente herido, una dimensión temporal quebrada; mientras que su historia pasada se vuelve aspiración para el futuro, un regresar a un estado temporal anterior a la fragilidad a la que la enfermedad expone. Un futuro que pero sea mejor del mismo pasado, en cuanto nacido a través de la vivencia de la enfermedad. Los instantes comunicativos que se desprenden, entre médico y

---

<sup>395</sup> Ricoeur afirma: "El problema es el de la dimensión temporal, tanto del sí como de la acción misma, dimensión que había podido ser descuidada en los análisis anteriores: parecía que se podían caracterizar la referencia de la enunciación al enunciador y la del poder de obrar al agente, sin tener en cuenta el hecho de que el enunciador y el agente tienen una historia, son su propia historia.

Teniendo en cuenta esta dimensión, es como la identidad personal, considerada en la duración, puede definirse como identidad narrativa, en el cruce de la coherencia que confiere la construcción de la trama y de la discordancia suscitada por las peripecias de la acción narrada. A su vez, la idea de identidad narrativa, da acceso a un nuevo enfoque del concepto de ipseidad, el cual, sin la referencia a la identidad narrativa, es incapaz de desplegar su dialéctica específica, la de la relación entre dos tipos de identidad, la identidad inmutable del *idem*, del mismo, y la identidad cambiante del *ipse*, del sí, considerada en su condición histórica." P. Ricoeur, CR, pgg. 111-112.

<sup>396</sup> Ricoeur dice: "All'inizio, un fossato e anche una notevole dissimetria separano i due protagonisti: da un lato colui che sa e sa fare, dall'altro colui che soffre. Questo fossato è colmato, e le condizioni iniziali rese più eguali, da una serie di passi da parte di entrambi i poli della relazione. Il paziente- questo paziente- 'porta al linguaggio' la sua sofferenza nella forma del lamento, il quale comporta una componente descrittiva (questo sintomo...) e una componente narrativa (un individuo coinvolto in queste e quelle storie); a sua volta il lamento si precisa in domanda (...)" P. Ricoeur, GM, pgg. 32-33.

paciente, a partir de la elaboración de los *illness narratives*, en la apertura de la confianza diádica y relacional, son coadyuvantes de la recuperación de un espacio vivencial para el enfermo. Espacio que puede ser el ámbito de su propia vida pasada, así como el logro de nuevas dimensiones existenciales a la luz de la enfermedad.

En la deconstrucción de la identidad, deconstrucción ocasionada por el sufrimiento, el sujeto toca el fondo de la precariedad más absoluta: la precariedad física de la vida al confín con la muerte. En el desfiladero del abismo, el sujeto se percibe y se autoreconoce vulnerable. La historia misma se hace vulnerable, el desarrollo de la *ipseidad* viene puesto en peligro.

El acto de contar se presenta así como acción de reconstrucción de una identidad que descubre y vive su precariedad ontológica, una ontología llegada al límite de la quiebra. Permitir al paciente contar-se quiere decir permitirle cumplir esta acción de recuperación de la propia constitución de persona, en las limitaciones impuestas por el dolor. Así, la escucha del relato de la enfermedad se revela en cuanto acción de acogida de la alteridad que se ha vuelto *otro hostil* para el sí mismo. En la alienación de una corporeidad que es predominante, el paciente necesita sentirse aceptado aún en cuanto persona que puede aportar algo, alguien que no venga considerado o visto como simple conjunto de problemas orgánicos, sino como un ser humano que posee historias, miedos, deseos y proyectos.

Gracias a la escucha, y sólo en ocasión de ésta, se sanciona el *pacto de cura basado en la confianza*. La escucha es, fundamentalmente, apertura; siendo la confianza apertura extrema de un sujeto que se presenta en su desnudez existencial frente a otro, escucha y confianza resultan estar en una relación de interdependencia irreductibles. La

confianza nace, pues, desde la seguridad que el otro me aceptará, no obstante todo. Y la escucha se vuelve, entonces, como prerequisite para todo tipo de relación.

Tal tipo de relación, entonces, es la que parece resultar de la inserción de la ética narrativa en la relación médico-paciente.

Ahora bien, la peculiaridad de la relación médico-paciente reside, justamente, en esta yuxtaposición de niveles. Así como es necesario, para la formulación de una diagnóstico, traducir los términos vivenciales-experienciales de los *illness narratives* en los términos de la taxonomía y de la científicidad representados por los *disease narratives*, se revela también importante poner en relación el nivel del pacto de cura basado en la confianza con la profesionalidad exigida por el médico. Esto quiere decir que la relación médico-paciente presenta una variedad de simbolismos y de semánticas ligada, en primer lugar, con la variedad de los seres humanos que entran en dicha relación y, en segundo lugar, justamente a causa de la peculiaridad de la práctica clínica. Nos hemos referido anteriormente a dicha peculiaridad, planteando la realización de un encuentro práctico entre *narrative-based-medicine* y *evidence-based-medicine*. Actualizando ese discurso a lo que ahora consideramos ser el primer nivel de la formulación de los juicios médicos, podríamos decir que el resultado de este tipo de fusión es la expresión de un *juicio médico integrado*.

El juicio médico integrado es, pues, el producto de una práctica clínica abierta a la vulnerabilidad del paciente, a la acogida de sus relatos en cuanto expresiones de una identidad quebrada, en la mediación de la simbología de la realidad clínica y de la profesionalidad, y en el respeto de la persona del paciente y de las normas legales a tutela de los ciudadanos. El juicio médico integrado se presenta en cuanto práctica

clínica ya no simplemente vuelta hacia la cura del paciente sino, más profundamente, al cuidado de la persona que sufre, en el intercambio de dimensiones humanas. Podríamos decir que, fruto de este tipo de juicio médico, es el cambio del concepto también de salud, entendida no meramente en cuanto falta de patologías o como equilibrio de valores clínicos, sino más dramáticamente, como acogida de los acontecimientos de la existencia en la solidaridad de una humanidad compartida.

De hecho, a partir de la inserción de la ética narrativa en la práctica clínica, inserción que hemos denominado medicina narrativa, la relación médico-paciente resultante es una suerte de alianza, una negociación entre las historias de los *persona-jes*, entre los *illness narratives* y los *disease narratives*, entre expectativas sociales y personales, entre deseos del paciente y sus miedos, entre los del médico y los de los familiares. Tal tipo de negociación viene sancionada a partir de la aceptación y escucha del relato del otro, una negociación terminológica que se abre a los valores morales del empeño y de la promesa, de la responsabilidad y del amor. La negociación adquiere, pues, los rasgos de un empeño ético, empeño que está a la base de la vocación médica. La promesa del médico es, creemos, no “te salvaré”, sino “no te abandonaré”. Tal promesa es un acto lingüístico que funda la realidad de sus acciones,<sup>397</sup> que configura el futuro de la historia y del contexto en el que se promete: las palabras propias del juicio médico integrado es un “heme aquí”.

Un pacto de cura basado en la confianza es lo que abre el espacio a la esperanza.

---

<sup>397</sup> Recordamos que “prometer” es el ejemplo más clásico de acto lingüístico performativo.

## 12.2. El contrato

El pacto de cura basado en la confianza viene a ser, pues, resultado de una situación en la que los interlocutores están situados en dos planos existenciales distintos, y en el que uno de ellos es portador de una vulnerabilidad ontológica profunda, extrema, socialmente declarada y reconocida.

Esto quiere decir que tal pacto, tal tipo de negociación que se establece entre médico y paciente en la formulación de un juicio médico integrado, es un pacto absolutamente frágil y delicado.

El contexto en el que viene a ser sancionado este pacto es el contexto diádico de la relacionalidad mutua. Esto implica algunas reflexiones: en primer lugar, en el plano médico, es fundamental reconocer el carácter singular e individual no sólo de la cura y de la terapia, de las contingencias, sino propio de la personalidad del paciente. Esto quiere decir que ningún paciente es, en ningún caso, homologable con los otros, dada su exclusiva existencia y constitución corpórea y ontológica. En segundo lugar, el paciente es una persona: su cuerpo nunca tiene que venir considerado meramente objeto de cura, sino persona humana, digna de respeto, y nunca manipulable. En tercer lugar, el pacto de cura viene a ser fundado por la estima de sí y del otro, es decir, por el reconocimiento básico de la humanidad que une médico y paciente.<sup>398</sup> Esto significa que, pese a la necesidad de trazar generalizaciones taxonómicas, nunca el paciente tiene que venir considerado exclusivamente como *caso clínico*, sino primeramente en cuanto persona.

---

<sup>398</sup> Cfr. P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006, pg. 35.

Ahora bien, la fragilidad del pacto de cura orienta la transición hacia el plano de una regulación legal, con vistas al respeto de la persona misma del paciente. Esto quiere decir que se revela necesario pasar desde el plano de la *prudencia* al plano de la *deontología*.

Ricoeur individúa algunas funciones del nivel deontológico. Ésas son:

- función de *universalización*;
- función de *conexión*;
- función de *justicia*;
- función de *mediación*;<sup>399</sup>

El primero es necesario para afirmar la no arbitrariedad, sino la dimensión normativo-universal de las leyes que regulan la relación entre médico y paciente.

Esto implica la elevación del momento prudencial del *pacto de cura basado en la confianza* a momento deontológico: la diadicidad relacional establecida y sancionada por la confianza (que es un sentimiento moral subjetivo), viene ahora a ser transformada en *contrato* con valor legal, es decir, universal.

La presencia de la deontología implica la afirmación de obligaciones, como por ejemplo la obligación de no romper o violar el secreto profesional. Esta particular prohibición hace evidente como el pacto basado en la confianza venga ahora a ser institucionalizado en la prohibición de desvelar a un tercer sujeto el contenido de la relación clínica misma que es confidencial. La relación de "amistad", propia del nivel prudencial, viene a ser regularizada por el momento normativo que subraya el carácter legal de la misma. Esto quiere decir que el momento deontológico introduce el elemento de la justicia dentro de una relación que es, en primer lugar, relación humana de confianza.

---

<sup>399</sup> Para todo esto véase P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006, pgg. 39-48.

Ricoeur dice que el carácter deontológico legalmente vinculante es aún más evidente en la obligación que los médicos tienen de prestar socorro a cualquier persona encuentren en dificultad o en situación de emergencia, a pesar de que no sea su paciente o de estar fuera del ambiente sanitario.<sup>400</sup>

La segunda función conecta la práctica médica al *corpus* legislativo-normativo, justamente gracias a la formulación del *código deontológico de la profesión médica*. Esto quiere decir que el código deontológico se presenta como un subsistema legal del más amplio conjunto jurisprudencial propio de un estado. En este sentido, el código deontológico se presenta en cuanto conjunto de reglas que poseen un carácter social fuerte y que, al mismo tiempo, son leyes y normas legalmente vinculantes. Una de las funciones de tales reglas es la de configurar y crear un concepto y una imagen socialmente definida de la profesión médica y, por ende, de los médicos mismos.

Esto implica que exista una correspondencia y una coordinación entre los deberes y los derechos de los profesionales sanitarios y los de los pacientes.<sup>401</sup>

El código deontológico reúne en sí mismo y media la elaboración de juicios que regulan el desarrollo de la relación médico-paciente. Esto quiere decir que el código deontológico se pone, pues, en cuanto

---

<sup>400</sup> Cfr. P. Ricoeur, *GM*, pg. 40. Esta particular obligación, dice Ricoeur, en realidad se presenta mucho más similar a una suerte de imperativo categórico kantiano, más bien que a una simple disposición legal. Recordemos que la profesión médica se basa sobre un juramento.

<sup>401</sup> Ricoeur lleva el ejemplo del secreto profesional: a la obligación del médico de guardar el secreto profesional, corresponde también el derecho del paciente a saber la verdad acerca de su estado de salud. Se habla entonces de una complementariedad entre obligación al secreto profesional y derecho a la *verdad compartida* entre médico y paciente mismo. Esto quiere decir que la obligación del secreto profesional no puede venir "opuesta" al derecho del paciente de saber la verdad sobre su salud o su enfermedad. Cfr. P. Ricoeur, *GM*, pg. 42.

mediador entre los dos niveles de los juicios médicos, el prudencial y el normativo-legal.

La tercera función es la función de justicia que, consecuentemente, es la que sustrae la relación médico-paciente a la particularidad de la amistad y de la relación diádica para elevarla a relación que tenga un substrato legal-universal. En este sentido, la relación clínica viene a desvelarse en la peculiaridad de su carácter: de hecho, si por un lado se trata de una relación en la que la aceptación del otro viene jugada en el plano privado de la escucha, del reconocimiento y de la confianza, por otro, se trata también de una relación que viene socialmente reconocida y sancionada. La misma corporeidad, por ejemplo, dentro de la relación médico-paciente viene a asumir significados completamente distintos dando lugar a comportamientos que, dentro de tal contexto, vienen socialmente aceptados y legitimados. Esto quiere decir que la función de justicia coloca la relación médico-paciente en un plano público, reconocido y creado por la sociedad y por las normas que la rigen.

En último lugar, la función de mediación, es decir, la de arbitrar los conflictos que pueden surgir en el contexto clínico. Tal función provee un cuadro de referencia normativa dentro de las situaciones conflictuales. Este nivel se presenta también como el límite mismo de la dimensión deontológica. De hecho, cada norma del código deontológico surge a partir del planteamiento de un problema. La norma, entonces, a menudo representa el problema sin necesariamente resolverlo. El plano deontológico, a veces, se queda mudo sin un cuadro reflexivo precedente.<sup>402</sup>

---

<sup>402</sup> La existencia de los conflictos y la diferenciación entre plan de cura y plan de investigación en el campo de la medicina, constituye el *humus* en el que ha sido posible dar nacimiento a la disciplina de la bioética. Sin embargo, consideramos que



Otra fuente del conflicto puede ser, por ejemplo, la diferenciación entre los intereses de las partes involucradas en la relación médico-paciente.

El caso más común es que surja un conflicto entre la dimensión del interés particular del paciente y la dimensión de la sanidad pública, en cuanto disposición y división de los recursos económicos.<sup>403</sup>

Ahora bien, la dimensión deontológica así como la prudencial, tienen que venir sancionadas por un nivel que legitime y reflexione sobre las dos. Tal nivel es, justamente, el nivel reflexivo propio del pensamiento crítico que tiene que venir aplicado a la práctica clínica en cuanto tal.

A tal nivel del juicio médico dedicaremos el próximo apartado.

### **§ 13. La ficción en la bioética**

Hemos visto, en los párrafos anteriores, como la relación médico-paciente puede venir analizada a partir del examen de las diferentes fases que constituyen la formulación de los distintos juicios médicos emitidos a lo largo del desarrollo de la relación misma. El análisis de esta dimensión judicial, nos sugiere, nuevamente, que la constitución de la realidad (en este caso, de la realidad relacional entre médico y

---

la bioética es una reflexión sobre las problemáticas planteadas por el desarrollo técnico y las necesidades humanas de la cura de las personas. En algunos países, sin embargo, los comités de bioética poseen un valor normativo que hace de la disciplina misma una disciplina práctica y no simplemente especulativo-reflexiva, como por ejemplo acontece todavía, en la mayoría de los casos, en Italia.

<sup>403</sup> Ricoeur dice: "La posibilidad de un conflicto surge, (...), desde el momento en que la alteridad de las personas, inherente a la idea misma de pluralidad *humana*, parece, en ciertas circunstancias notables, imposible de coordinar con la universalidad de las reglas que subyacen a la idea de humanidad; el respeto tiende entonces a no dividirse en respeto de la ley y respeto de las personas. La sabiduría práctica puede, en estas condiciones, consistir en dar la prioridad al respeto de las personas, en nombre mismo de la solicitud que se dirige a las personas en su singularidad irremplazable." SCO, 286.

paciente), viene lingüísticamente estructurada y puede venir examinada a partir de la significatividad que las proposiciones asumen en los variados contextos relacionales. Nos sugiere también que la fundación de la responsabilidad y de la confianza, consecuentes a la realización del proceso de reconocimiento, es una instancia eminentemente lingüístico-valorativa que se apoya en la estructura de la sociedad tomada en consideración. Nuevamente, esto nos demuestra que la concepción que se esconde detrás de la estructura relacional médico-paciente, es una estructura cultural, influenciada por el simbolismo que une la dimensión personal con la realidad comunitaria. El acto del reconocimiento, sancionado por la división de roles y realizada mediante la formulación de relatos y de acciones comunicativas, viene a ser concretamente llevado a cabo gracias a la fundación de un pacto de cura basado en la confianza, pacto que viene reconocido, tutelado y garantizado a través de un código deontológico de la profesión médica. Ahora bien, tales fases lingüísticas en realidad no son las que, mágicamente, cambian organizan y configuran la realidad. Sino que, como hemos dicho, tales procesos lingüísticos se realizan y, a su vez, realizan el movimiento de la reflexión. En este sentido, la tercera fase que caracteriza el desarrollo de los juicios médicos y, al mismo tiempo, de la relación médico-paciente, es la fase reflexiva.

En este apartado intentaremos actualizar el discurso ricoeuriano sobre el juicio médico, presentando el tercer nivel de su *pequeña ética*, momento interrelacional entre juicio prudencial del pacto de cura basado en la confianza y el momento deontológico. Tal momento interrelacional, creemos, intenta mediar los conflictos entre las dimensiones de la privacidad propias del nivel diádico de la relación

médico-paciente, y las dimensiones de la “publicidad” de la medicina misma en cuanto institución de carácter societario y comunitario. La medicina se constituye en esta dualidad intrínseca a su misma naturaleza: así el plano reflexivo, que desemboca en el plano narrativo, se revela en cuanto plano en el que se puede, quizás, buscar una manera de pacificar los conflictos, a través de nuevas y más creativas resoluciones y perspectivas. La ética narrativa, en este sentido, se presenta en cuanto nuevo acercamiento alternativo a los conflictos de los principios que rigen la actual concepción de la medicina y de la bioética.

La ética narrativa, creemos, gracias a la inclusión de las problemáticas del cuerpo, de la corporeidad y de las historias relacionales del paciente, bajo este punto de vista, volvería a colocar los valores de la contextualidad y de la vulnerabilidad en el centro de la atención médica. Esto quiere decir que la ética narrativa lograría modificar las concepciones que están a la base del conflicto causado por el principio de justicia que, necesariamente, fundamenta la división de los roles y de los recursos en el ámbito público de la sanidad. La ética narrativa abriría así una nueva perspectiva sobre la corporeidad. Una corporeidad que, siendo dimensión de la persona, merece respeto hacia su dignidad; una corporeidad que, casi siempre, ha sido instrumentalizada en detrimento de la integridad de la humanidad que es; una corporeidad vulnerable, herida y quebrada por el afán del conocimiento que, otra cosa no es, sino una variante del deseo de infinitud propio del ser humano.

Finalmente, intentaremos concluir con un pequeño resumen de los que pueden ser considerados los aportes de la ética narrativa a la relación médico-paciente.

### 13.1. Momento reflexivo y vulnerabilidad: la bioética

Según Ricoeur, el momento reflexivo inherente a la elaboración y formulación del juicio médico está constituido por los procesos de legitimación de la deontología y de la relación prudencial fundada en la confianza básica.

El análisis ricoeuriano parte desde la consideración de los ámbitos conflictuales presentes en el ejercicio de la medicina en cuanto actividad social e institucional.

La medicina se presenta, de hecho, en cuanto práctica ambivalente: por un lado, se viene a constituir en cuanto relacionalidad dual, entre médico y paciente, por otro, es una práctica encuadrada dentro de un marco socio-cultural y político-institucional y económico irreductibles. La coexistencia de estas dimensiones, ambas fundamentales para la práctica misma de la medicina, puede ser causa de conflictos, según Ricoeur. La dualidad de los valores que están a la base del ejercicio médico, es decir, valores prudenciales, por un lado, y valores institucionales de la justicia social por el otro, constituyen el perfil de la medicina en cuanto disciplina práctica y en cuanto dimensión asistencial-terapéutica concreta.

Podríamos decir que la práctica de la medicina lleva consigo un conflicto potencial entre dimensiones personales y sociales.

En la concepción ricoeuriana, el nivel prudencial se caracteriza por la *bondad* del médico y por la confianza que a él le otorga el paciente: en pocas palabras se trata de un nivel en el que la *phrónesis* y la virtud (de inspiración aristotélica) definen y constituyen el perfil del *buen* médico. Ricoeur dibuja así una continuidad hermenéutica entre la

*phrónesis* aristotélica y la *prudentia* latina, actualizándolas en los contextos de la práctica médica.

Ahora bien, tales contextos han venido asumiendo rasgos distintos a lo largo de la historia del pensamiento resultando en cambios y condicionamientos de las modalidades prácticas y relacionales en el darse del ejercicio médico. He aquí la primera relación entre la dimensión reflexiva y la práctica relacional y deontológica de la medicina.<sup>404</sup>

Podríamos decir que tal tipo de relacionalidad ha dado lugar al nacimiento de la disciplina que toma el nombre de *bioética*. Y sin embargo, es preciso cumplir una diferenciación de ámbitos: sea la medicina sea la bioética se ven compuestas por dimensiones entre sí distintas que concurren a crear el sistema sanitario en cuanto institución. Tales dimensiones son las de la investigación, por un lado, y la terapéutica, por otro. La característica de la dimensión terapéutica de la medicina es la de producir y elaborar lo que hemos llamado juicios médicos prácticos.<sup>405</sup> Mientras que la peculiaridad de la dimensión de investigación es la de desarrollar modelos teóricos que dan lugar al conocimiento científico básico. Ahora bien, en el plano reflexivo, tales modelos cognitivos vienen propulsados a partir de la elaboración de modelos reflexivos que constituyen el movimiento del pensamiento que guía la *práxis* científico-asistencial. Dicho en otras palabras, las variaciones prácticas que se manifiestan en la *práxis* médica, se

---

<sup>404</sup> Ricoeur reconstruye una breve historia de las ideas que están a la base del desarrollo de la medicina. Así el cuadro que resulta es una evolución de pensamiento que ha cambiado las normas, las prácticas y las modalidades relacionales. Si pensamos, por ejemplo, en el conflicto entre paternalismo y respeto de la autonomía, nos enteramos de que en realidad es el movimiento de las ideas el que moldea el darse de las prácticas y de la regulación normativa del vivir social. Cfr. P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006.

<sup>405</sup> Cfr. P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006, pgg. 29-30.

presentan, a menudo, en cuanto resultado de un cambio reflexivo previo.<sup>406</sup>

---

<sup>406</sup> En la tentativa de mostrar más claramente lo que nos interesa aquí analizar, intentaremos dibujar una breve historia de lo que, a lo largo del tiempo, se ha venido constituyendo en cuanto reflexión bioética. Más en lo específico, tomaremos en consideración las directrices de aquel proceso que ha desembocado en la formulación de lo que viene ahora llamado *consentimiento informado*. La elección de este ejemplo no es casual. En primer lugar, el consentimiento informado se constituye en cuanto una de las modalidades del darse de la relación médico-paciente. Naciendo como práctica según la cual es absolutamente necesario informar el paciente acerca de las terapias, intervenciones o experimentaciones llevadas a cabo sobre él, el consentimiento informado impone el deber de desarrollar una comunicación abierta con el paciente mismo. Esto implica que, la base fundamental del consentimiento informado es el respeto por la constitución dialógica de la persona humana, dialogicidad que está pre-intencionalmente entregada en la corporeidad misma de la persona del paciente. En segundo lugar, el consentimiento informado se presenta también en cuanto producto de una obligación legal, producto desarrollado por las reflexiones y los conflictos entre modelos reflexivos: el paternalismo y el principio del respeto de la autonomía. Esto quiere decir que el ejemplo del consentimiento informado nos permite analizar en qué sentido el plano reflexivo se pone en cuanto base de desarrollo de modelos comportamentales que, eventualmente, logran el rasgo de vínculos legales socialmente reconocidos.

La aplicación sistemática del método científico y de lo que viene llamado proceso tecnológico al ámbito de la medicina es característica propia del siglo XX.

Sin embargo, los primeros intentos de formular una guía a la experimentación en la medicina, se encuentran representados por la obra de Claude Bernard (1813-1878): *Introducción al estudio de la medicina experimental* (año 1865). En tal obra, Bernard empieza a plantear la legitimidad moral de determinadas prácticas vueltas hacia el desarrollo del conocimiento de la medicina, es decir, de la investigación sobre seres humanos. Bernard dice: "Se tiene el deber y, por consiguiente el derecho de practicar sobre el hombre una experiencia siempre que ella pueda salvarle la vida, curarle o procurarle una ventaja personal. El principio de moralidad médica y quirúrgica consiste, pues, en no practicar jamás sobre un hombre una experiencia que no pueda más que serle nociva en un grado cualquiera aunque el resultado pueda interesar mucho a la ciencia, es decir, a la salud de los demás. Pero eso no impide que, aun haciendo las experiencias y operaciones siempre exclusivamente desde el punto de vista del interés del enfermo que las sufren, éstas repercutan al mismo tiempo en provecho de la ciencia. [...] Porque es preciso no engañarse; la moral no impide hacer experiencias sobre el prójimo ni sobre uno mismo; en la práctica de la vida los hombres no hacen otra cosa que experiencias unos sobre otros. (...) Luego, entre las experiencias que se pueden intentar sobre el hombre, aquellas que no pueden más que perjudicar, están prohibidas, las que son inocentes, están permitidas, y aquellas que pueden hacer bien, son recomendadas." C. Bernard, *Introducción al estudio de la medicina experimental*, 1947, pgg. 273-275, citado en P. Simón, *El consentimiento informado*, Ed. Triacastela, Madrid, 2000, pg. 74.

Ya en 1900 el ministerio de la salud prusiano había promulgado un documento en el que se prohibía practicar experimentación sobre los niños o los minusválidos mentales,

---

y en el que se invitaba a que se realizara la investigación sobre adultos tras haberle dado informaciones y haber obtenido un consentimiento.

Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial, los médicos nazis fueron procesados por crímenes en contra de la humanidad. A partir del proceso de Núremberg, vio la luz el primer código internacional de ética de la investigación: el Código de Núremberg de 1947-1948 (anexo 3).

Por otro lado, siempre en el 1948 el Medical Research Council del Reino Unido publicó un artículo en el que se demostraba la efectividad de la estreptomycin en el tratamiento de la tuberculosis. Tal artículo se presenta, pues, como el primer ejemplo de lo que viene hoy considerado un ensayo clínico.

Ambos acontecimientos se revelan, entonces, en cuanto nacimiento de la relación entre problemas éticos planteados por la investigación y la práctica clínica.

Simón subraya que el Código de Núremberg se presenta en cuanto primera reflexión y declaración positiva sobre el hecho de que los seres humanos objetos de experimentación en los campos nazis eran personas humanas como todos los demás, por tanto, autónomos y con derechos y dignidad innata por su propia naturaleza de seres humanos. En pocas palabras, que cada ser humano es portador de una dignidad innegable e irreductible que debe de ser respetada en su constitución propia: sea en el plano de la corporeidad, sea en el de los valores. En este sentido, se trazaban también las directrices para delimitar la aceptabilidad ética de los planes de investigación científica y más aún médica. Es más, a partir de este documento, emergen, pues, otros elementos muy importantes: la necesidad de proveer información a los sujetos involucrados en la experimentación, y la de respetar a los sujetos no capaces de asentir y consentir. Estos elementos son los mismos que constituirán la formulación del consentimiento informado.

El Código de Núremberg se presenta, entonces, en cuanto primer ejemplo y base para una reflexión consciente y positiva sobre los problemas éticos relacionados con la práctica médica. En el 1962, de hecho, el *Ethical Committee of the World Medical Association* elaboró un borrador para formular un nuevo código. Este borrador preveía tres apartados: el primero, en el que se presentaban definiciones y principios guías; el segundo, en el que se discutía la legitimidad de la "experimentación en beneficio del paciente"; el tercero, que tomaba en consideración la experimentación finalizada a la adquisición de conocimiento. A partir de este código se formuló una declaración que tomó el nombre de *Declaración de Helsinki* (1964), que luego fue actualizada por las Asembleas de Tokio (1975) que tomó el nombre de *Declaración de Helsinki II*, de Venecia (1983), de Hong Kong (1989) y de Suráfrica (1996).

En el 1966 la Asamblea General de la ONU promulgó el *Pacto internacional de los derechos civiles y políticos*, con la finalidad de hacer de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 un documento con valor jurídico-normativo, por tanto, legalmente obligatorio.

Asimismo, en el 1981 vio la luz la *Declaración de Manila* producto de las nuevas orientaciones médicas formuladas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) que había sustituido el WMA.

Ahora bien, en el 1974 fue creada, por el gobierno norteamericano, la *National Commission* con la finalidad de individuar los principios básicos que regularan la investigación, sobre todo la aplicada a *sujetos vulnerables* (niños, minusválidos físicos y/o mentales, prisioneros, etc...). Producto del trabajo de esta comisión fue el *Informe Belmont*. Tal documento se presenta como uno de los más importantes para la historia

---

de la bioética, en cuanto se pone como documento fundacional de la bioética principialista.

En este escrito venían a ser propuestos tres principios éticos fundamentales: el principio del respeto por las personas, el principio de beneficencia y el principio de justicia. Tales principios se ponían entonces como referentes necesarios e inviolables para que un proyecto de investigación viniese considerado en cuanto éticamente aceptable y eso se reflejaba en la práctica del consentimiento informado, de la evaluación de los riesgos y de los beneficios y la selección de los sujetos. Esto implicaba que se cumpliera con tres requisitos fundamentales: la de asegurarse que el sujeto tuviera la información necesaria sobre la investigación, que la comprendiera y que voluntariamente se sometiera a la experimentación. A partir de este Informe, vinieron a ser formulados, pues, las directrices de las *Good Clinical Practices*. Actualmente, el documento que inspira la profesión médica es el *Medical Professionalism in the New Millenium*, redactado en el 2002 por la American Board of Internal Medicine Foundation en colaboración con el American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Tal documento retoma en consideración los principios formulados en el *Belmont Report*, presentando, sin embargo, algunos cambios interesantes. El que nos resulta más importante es el que tiene que ver con el primer principio formulado en el *Belmont Report*: el respeto por las personas. En el documento actualmente vigente, esta fórmula viene a ser sustituida con la de: *respeto por la autonomía*. Para profundizar más en la cuestión hágase referencia a L. Friedman Ross, *What is wrong with the physician charter on professionalism*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 4, July-Aug. 2006.

La formulación de tantos códigos nos sugiere algunas reflexiones. En primer lugar, que el avance del proceso reflexivo que guía la práctica médico-clínica está vinculado y relacionado de manera imprescindible, no sólo con los avances tecnológicos y científicos, sino sobre todo con los acontecimientos humanos, sociales, históricos, etc...De hecho, en la mayoría de los casos, la formulación de esta pluralidad de documentos siempre nuevamente actualizados, ha sido empujada por el acaecer de algún nuevo tipo de abuso en el espacio médico o de la investigación científica.

Así dimensión reflexiva en ámbito médico y dimensiones de política, economía, sociedad y cultura resultan nuevamente estar en un tipo de relación holista irreductible. En segundo lugar, la pluralidad de versiones y revisiones, nos indica que en la práctica clínica cotidiana, la aplicación del consentimiento informado, del respeto de la persona, de su integridad y dignidad, han encontrado dificultades a pesar de que fueran teóricamente aceptadas a la unanimidad. En tercer lugar, la multitud de los códigos y los varios cambios de valores que en ellos han acontecido, nos sugiere que la elaboración de nuevas dimensiones morales está fuertemente vinculada a la esfera lingüística, histórica y, por ende, hermenéutica. La fundación de un sentido de responsabilidad, en cuanto sentido moral del cuidado y del respeto hacia las personas ha sido un proceso catalizado por la creación de nuevas fórmulas de lenguaje, y eso es lo que, justamente, se refleja a lo largo de la historia de la ciencia, de la medicina y, últimamente, de la bioética.

Esto quiere decir, básicamente, que también la elaboración de los códigos, de las declaraciones normativas que afirman el respeto de la persona humana, son instancias lingüísticas. Y esto nos sugiere la idea de que la moral y la ética, en realidad, no son nada más que ámbitos lingüísticos culturalmente y contextualmente estructurados. Esto implica que la formación de valores éticos, también en el ámbito de la medicina y de la bioética, es un proceso lingüísticamente abierto a la alteridad



Nos encontramos, pues, en el tercer nivel de la *pequeña ética* dibujada por Ricoeur en *Sí mismo como otro*.

Así, podríamos decir que la relación entre la dimensión personal de la práctica médica, es decir, la relación diádica y prudencial del juicio médico, y la dimensión social de la sanidad pública tienen, como punto nevrálgico, el planteamiento del problema de la justicia social y distributiva.

Quizás, el real conflicto se da entre el valor de la vulnerabilidad, por un lado, y el valor de la justicia colectiva, por otro. El dilema ético nace justamente por la inconmensurabilidad de estas dimensiones. Se trata

---

del tiempo, de la historia, de los acontecimientos individuales así como colectivos y sociales.

Ahora bien, la ideación de la práctica del consentimiento informado es paradigmática del contexto del pensamiento occidental y de los movimientos reflexivos que en ello se han históricamente dado. De hecho, el consentimiento informado se basa en la aceptación y predominancia del individualismo típico de nuestra propia cultura. Pilares de tal práctica son los principios de la autonomía del sujeto, del respeto por esa autonomía y de su autodeterminación, y por ende, la preocupación por proveer una información objetiva y libre de cualquier tipo de manipulación (sea en el ámbito de la investigación médica sea en el de la práctica clínica), es decir, la preocupación por la voluntariedad, por parte del paciente, de la aceptación de determinadas terapias, intervenciones o investigaciones.

Podríamos, pues, decir que la formulación del consentimiento informado se basa y funda el respeto no sólo ético, sino que explícitamente deontológico, de la autonomía del sujeto, entendido en cuanto ser capaz de autodeterminarse en cualquier instancia.

Consideramos tal logro, a la luz de la breve historia movida más bien por los abusos cumplidos en ámbito médico que por madurez moral del género humano, de fundamental importancia. El consentimiento informado nace como tentativa de solucionar los problemas éticos planteados por conductas irresponsables e irrespetuosas de la naturaleza humana y de las personas.

Podríamos entonces decir que la historia del consentimiento informado es paralela a las historias vulnerables de la multitud de personas que han sido víctimas de los abusos de pocos. Así podríamos afirmar que la misma historia del consentimiento informado es una historia vulnerable: respetar los derechos humanos, y los derechos de los que sufren quiere decir asumir el hecho de que cada persona merece respeto por el sólo y mero hecho de ser humana. Y, creemos, no hay nada más vulnerable que la humanidad misma de las personas. Crear una práctica que imponga obligaciones de respeto hacia la humanidad, obligaciones que ya no son sólo morales sino que son normativo-legales, quiere decir haber ya perdido el sentido de lo que es el respeto por las personas que la legalidad se esfuerza por proteger.

de un conflicto entre valores éticos, y la deontología es bien distinta de la ética.

Ricoeur sitúa el tercer momento de su *ética* en la construcción de instituciones justas, para poder realizar un *vivir bien consigo mismo y con los otros*.

La justicia de las instituciones se presenta como elemento y requisito fundamental para la realización de una vida buena.

Una institución tiene que ser justa para poder garantizar la plena realización de la vida de cada cual, realización que no puede prescindir de la dimensión de la socialidad. En la concepción ricoeuriana la dimensión ética es una dimensión caracterizada por la dialogicidad y por la apertura a la alteridad del sí y de los otros. Una institución justa será, pues, una que acoga la variedad de las vidas, dialógicamente estructuradas en la libertad de los intercambios existenciales, sin arbitrariedad de discriminaciones.<sup>407</sup> Una institución justa deberá, pues, garantizar la igualdad y la dignidad de todo miembro, proteger y tutelar los sujetos más vulnerables.

Ahora bien, podríamos entonces decir que la raíz de los conflictos que acontecen en el plano de la sanidad pública, está constituida, principalmente, por el choque entre el valor de la vulnerabilidad humana, por un lado, y el respeto de las obligaciones legales representado por el *corpus* normativo en general y por el código deontológico de la profesión médica en lo específico.

Actualmente, el conjunto de normas ético-morales que delimitan, dentro del ámbito médico asistencial, las posibilidades de abusos por

---

<sup>407</sup> Cfr. J. Rawls, *Justicia como equidad*, Tecnos, Madrid, 2002, pgg.78- 102. Rawls dice: "Centraré, pues, la atención en el sentido usual de justicia, en el cual ésta consiste esencialmente en la eliminación de distinciones arbitrarias y el establecimiento, dentro de la estructura de una práctica, de un apropiado equilibrio entre pretensiones rivales." pg. 79.

parte de los profesionales sanitarios y que toma el nombre de *bioética*, viene representado por un modelo ético-teorético denominado *principialista*.<sup>408</sup> Sancionado a partir de la formulación positiva de principios que guiasen la práctica médica, es decir, a partir de la elaboración del *Belmont Report* (1974),<sup>409</sup> el modelo principialista refleja una visión jurisprudencial de los conflictos éticos planteados por la *práxis* clínica.

El modelo principialista se fundamenta en la teoría aristotélica de la virtud en cuanto capacidad práctica que orientara la *acción buena*. En el ámbito médico, tal bien viene indicado, según la perspectiva principialista, por los cuatro principios del *primum non nocere*, el principio de beneficencia, el respeto de la autonomía y el principio de justicia.<sup>410</sup>

---

<sup>408</sup> E. D. Pellegrino y D. C. Thomasma afirman, muy claramente: "Medicine is a moral community because it is at heart a moral enterprise and its members are bound together by a common moral purpose. If this is so, they must be guided by some shared source of morality- some fundamental rules, principles, or character traits that will define a moral life consistent with the ends, goals, and purposes of medicine. For centuries, this source was the character of the physician and, in keeping with the moral philosophy of the times, virtue ethics provided the conceptual foundation for professional ethics. In modern times, (...), virtue has been supplanted by principle- and rule-based ethics." E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York, 1993, pg. 3.

<sup>409</sup> El origen de la bioética principialista remonta a la ética médica formulada por el médico inglés T. Percival que escribió en 1803 un libro titulado *Medical Ethics* en el que se planteaba la idea de que el paciente no fuera como un niño pero tampoco como un adulto, capaz de tomar por sí sólo sus propias decisiones. De allí Diego Gracia ha denominado su paternalismo como "paternalismo juvenil". Cfr. P. Simón, *El consentimiento informado*, Ed. Triacastela, Madrid, 2000, pg. 81.

Sin embargo, en la literatura bioética se consideran documentos oficiales de la bioética principialista el *Belmont Report* y el *Manual de principios biomédicos* de Childress y Beauchamp.

<sup>410</sup> Cfr. T. L. Beauchamp & J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 1999. Este texto viene considerado en cuanto texto fundamental de la bioética principialista, ampliando el número de principios básicos, respecto al *Belmont Report*. Éste último proponía los tres principios de: principio del respeto por las personas, principio de beneficencia y principio de justicia. En este manual, el respeto por las personas viene sustituido por el respeto de la autonomía del paciente, y viene añadido el principio de no-maleficiencia.

En este sentido, la bioética principialista se presenta en cuanto sistema moral-normativo cuyos recursos pueden venir aplicados al caso concreto según las necesidades y las particularidades del dilema ético tomado en consideración.

Los problemas suscitados por el modelo principialista-jurisprudencial de la bioética nacen, creemos, a causa de la estructura misma de los dilemas éticos. La bioética principialista toma en consideración las cuestiones éticas de manera abstracta: se trata de afrontar, pues, las problemáticas aplicando una o más normas presentes en el sistema principialista considerado. Y sin embargo, como hemos visto, la organización de las vidas humanas, de los pacientes, es una organización basada en el holismo narrativo y semántico de las vivencias. Esto quiere decir que, a la hora de tomar decisiones en el ámbito clínico, es necesario tomar en consideración tales tipo de contextos en cuanto partes integrantes de las cuestiones relacionadas con el sujeto enfermo. En pocas palabras, las cuestiones éticas vienen a ser constituidas a partir de una complejidad semántica que va más allá de la del contexto médico. La persona, como hemos dicho, está compuesta por la relacionalidad de múltiples dimensiones (familiares, culturales, religiosas, históricas, etc...), relacionalidad que hemos denominado *holismo narrativo*: esto quiere decir que en el proceso de toma de decisiones, aún en el ámbito médico, estos elementos tendrán, a nivel subjetivo, un valor determinante. El proceso de la toma de decisiones se verá orientado a partir de la complejidad de la subjetividad misma del paciente, paciente que es persona y que, por tanto, se encuentra y vive dentro de múltiples contextos sociales fundamentales y fundantes.

El proceso de toma de decisiones en ámbito médico, por tanto, debería considerar los contextos familiares, culturales, religiosos, y de las creencias propia de cada paciente, prescindiendo de un esquema de principios fijos. Esto quiere decir que la ética misma viene ahora a ser considerada completamente contextual.

Ahora bien, lo que quisiéramos aquí proponer no es una solución a los problemas planteados por la bioética principialista o jurisprudencial, sino más bien proponer un cambio de enfoque.

La ética narrativa y el modelo clínico correspondiente, es decir, la medicina narrativa, no se ponen en cuanto soluciones prácticas de problemas y dilemas morales que la bioética principialista no lograría resolver. Sino más bien la ética narrativa se pone en cuanto planteamiento distinto a partir del cual considerar los problemas planteados en el darse de la relación médico-paciente.

La ética narrativa, según nuestra opinión, aboga por un cambio de planteamiento de los problemas relacionales que puedan surgir en la relación clínica, problemas que nacen a partir de los conflictos entre dimensión privada y pública, es decir, problemas de justicia social.

Se trata, básicamente, de cambiar completamente perspectiva y de volver a considerar el paciente en cuanto sujeto, y además, sujeto vulnerable.

En pocas palabras, se trata de volver a colocar el valor de la vulnerabilidad en el centro de la atención asistencial. El riesgo en el que ha caído, de hecho, la bioética principialista, ha sido, justamente, el de olvidar la humanidad de los sujetos involucrados en los caso, sujetos que, por el mero hecho de encontrarse dentro de una situación clínica de observación, se presentan vulnerables. Si, por ejemplo, el paternalismo ha extremado el valor de la vulnerabilidad, el respeto de

la autonomía se ha olvidado de ello. En todo caso, ambos criterios han borrado el paciente y su rol en el episodio de enfermedad, en el contexto clínico.

La ética y la medicina narrativa se ocupan justamente de esto: volver a dar espesor humano a los pacientes, a reconstruir su identidad de personas y su papel de sujeto vulnerable expuesto a la propia labilidad ontológica, dentro del contexto sanitario.

El modelo narrativo, según lo que pensamos sobre ello, parece esforzarse por volver a colocar la persona del paciente con su vulnerabilidad existencial, en el centro de la atención sanitaria y clínica. En pocas palabras, la ética narrativa intenta reconstruir el perfil de una persona ya no en cuanto simple objeto de cura, sino más bien en cuanto persona que posee una irreductible dignidad de sujeto del cuidado.

Así que no se trata de poner el modelo paternalista en contra del modelo del respeto de la autonomía, sino de buscar otras salidas, que sean creativas, a un conflicto que es, más bien, un conflicto de principios y que, por tanto, no necesariamente tiene adherencia a la concreta corporeidad de los pacientes involucrados en determinadas problemáticas de la práctica clínica. El modelo narrativo intenta, pues, hacer de la vulnerabilidad de los sujetos enfermos el eje desde el cual desprender la creación narrativa vuelta hacia la afirmación de la vida más allá del dolor incomprensible de la enfermedad.

Ahora bien, tarea del plano reflexivo es la de volver a pensar en el problema de la justicia en cuanto eje relacional de las dimensiones privadas y públicas de la medicina y de su práctica. Tal tipología de problema se presenta en cuanto práctico y teórico. Práctico en el sentido de que existe una fractura entre la disponibilidad de los recursos

económicos, por ejemplo, y los intereses de algunos pacientes, así como hay pacientes que no disponen de recursos económicos para acceder a determinados servicios sanitarios de manera igualitaria y justa.

A nivel teórico, esto se refleja en la concepción que fundamenta el papel de la medicina en nuestra sociedad, rol que hemos intentado criticar apoyándonos en las argumentaciones de I. Illich.

El problema de la justicia social en el ámbito sanitario plantea serias cuestiones alrededor de la posibilidad de hacer de la salud realmente un bien público mundial.<sup>411</sup> Es decir, crear las condiciones globales de

---

<sup>411</sup> Cfr. L. C. Chen, T. G. Evans, R. A. Cash, *La salud como bien público mundial*, en I. Kaul, I. Grunberg, M. A. Stern (eds.), *Bienes públicos mundiales- La cooperación internacional en el siglo XXI*, Oxford University Press, México, 2001, (304-324). En este artículo se afirma que, actualmente, la concepción de salud en cuanto bien público viene falsa y exclusivamente atribuida a la vigilancia sobre las enfermedades infecciosas. Un bien público global viene a ser definido por los criterios de "no divisibilidad" y de "no excluibilidad", es decir, "a la capacidad de todos para beneficiarse del bien público una vez que éste es producido, y la no excluibilidad alude a la incapacidad de excluir de los beneficios a ningún individuo o grupo.", pg. 304. Ahora bien, en realidad, el término salud no puede venir referido simplemente a la esfera de las enfermedades infecciosas. La problemática se revela, pues, de mucha más amplia magnitud: deberíamos volver a pensar en las consecuencias del proceso que llamamos "globalización" o "mundialización" de la salud. Dentro de la realización de tales procesos, de hecho, se tienen que individuar al menos tres elementos fundamentales que puedan permitir que se hable de real globalización de la salud: el elemento de la equidad, en primer lugar, el de la división de los mercados y el de la oportunidad. En este artículo se lee: "La cuestión de la equidad en la salud surge porque, aunque los bienes públicos se definen como ni divisibles ni excluibles, no obstante, las políticas sobre salud pública contienen asuntos de distribución de acceso desigual, prioridades perjudicadas o descuido benigno. Los pobres tienen prioridades de salud diferentes de las de los ricos, y éstos tienen mayores capacidades preventivas y de protección que aquéllos. Además, la extensión del mercado privado mundial está acelerando la privatización de servicios médicos y la comercialización del conocimiento para la salud. Los mercados privados son inherentemente carentes de equidad porque sin poder adquisitivo los pobres son excluidos de servicios comerciales y de tecnologías de salud. Como la mundialización está acompañada por una revolución en las ciencias de la vida y de las comunicaciones, es probable que surjan oportunidades sin precedentes en la salud. Un reto importante es si estas oportunidades se explotarán para satisfacer equitativamente las necesidades de salud humanas. (...) la tensión entre bienes públicos mundiales y equidad global con justicia social plantea irritantes problemas.", pg. 313. Esto implica que no se pueda reducir el problema de la salud en cuanto bien público mundial a la consideración de lo que más interesa a las sociedades occidentales, es decir, el control y la vigilancia de las

justicia en las que se pueda desarrollar un tipo de medicina que esté al servicio de los más vulnerables de las sociedades. Un tipo de medicina que vuelva a poner en el centro de su atención y prioridad la palabra "servicio". Se trata así de volver a pensar en los caminos reflexivos que nos han llevado a clasificar la medicina en cuanto disciplina y práctica relacionada y dependiente de las dinámicas del mercado; de volver a pensar en la salud en cuanto estado natural que tiene que venir tutelado equitativamente sin prioridades de mercado privado; se trata, pues, de pensar en la equidad como posibilidad de ejercicio de la práctica médica.

Lo que aquí quisiéramos proponer es, pues, un cambio de sentido reflexivo, una alternativa para poder empezar a cambiar las concepciones que actualmente rigen el desarrollo de la medicina en cuanto disciplina y en cuanto ejercicio práctico.

Pensar en el problema de la justicia quiere decir, entonces, abandonar esta visión elitaria que reina en las sociedades occidentales y que domina el ámbito médico- sanitario, y volver a colocar el valor de la

---

enfermedades infecciosas. En los países en vía de desarrollo, de hecho, algunas enfermedades cuales las infecciones intestinales son las causas primarias de atención sanitaria, enfermedades que, en cambio, en las sociedades desarrolladas, ya no constituyen problema. Esto quiere decir que existen prioridades distintas entre las diversas sociedades, y sin embargo, la atención más grande viene continuamente puesta en los problemas planteados por las dinámicas del mercado privado de la producción farmacéutica y tecnológica. Esto implica que existe un problema de justicia y de prioridad en la cuestión sobre la globalización de la salud en cuanto bien público mundial. Esto implica, a su vez, que sea prácticamente imposible establecer una jerarquización y división de los recursos mismos dirigidos a las distintas áreas de intervención. Siempre en el mismo artículo se lee: "Al carecer de poder de mercado, las enfermedades de los pobres quedan 'huérfanas' mediante un benigno descuido. Preocupaciones similares sobre el acceso equitativo se expresan sobre la información relacionada con la salud. La información puede ser un bien público mundial, pero es probable que su significación y uso varíen con el alfabetismo, la educación y la infraestructura de comunicaciones. Puesto que los sistemas de información y comunicaciones también son impulsados comercialmente, no es probable que ni la difusión de información ni su contenido estén al servicio de las necesidades de salud de los menesterosos.", pgg. 315-316.



vulnerabilidad en el centro de la preocupación de la institución médica en cuanto tal.

Se trata, podríamos decir, de conciliar las dimensiones principialistas de la medicina, que subrayan la dimensión institucional de la justicia de la práctica clínica, con una recuperación de lo que Ricoeur llamaba “la economía del don” y que correspondería al respeto y al cuidado del valor de la vulnerabilidad como fulcro de la actividad sanitaria. Si, de hecho, al principio de justicia corresponde una dimensión de equidad (equidad que, como hemos visto, debería venir pensada más en profundidad), al valor de la vulnerabilidad corresponde el empeño responsable para la creación de instituciones justas. En la “economía del don”, la medicina vuelve a redescubrir su valor de servicio, en cuanto vocación a ayudar los demás, en la particularidad de la corporeidad del paciente, así como en la dimensión pública de la comunidad mundial de la humanidad. La economía del don, pues, expone la humanidad de la medicina en cuanto servicio público en su valor moral, es decir, en cuanto servicio para el ‘prójimo’.

La ética narrativa se esfuerza, entonces, por evidenciar esta esfera de la medicina, a través de la recuperación de los valores de la humanidad que siguen estando a la base de las vivencias de la enfermedad para el paciente. Se esfuerza por llevar nuevamente al centro de la atención el rol de la medicina y de los médicos en cuanto personas llamadas a ser responsables de la vida y del valor de la persona en cuanto pilar de la propia profesión y vocación.

El modelo narrativo se presenta, pues, en cuanto alternativa a las perspectivas del paternalismo y del respeto de la autonomía en la abstracción del principialismo bioético. Considerando el valor de la vulnerabilidad como central en la práctica cotidiana clínica, la

medicina narrativa pone más bien el acento sobre el proceso de cuidado del paciente, más allá de la cura y de las intervenciones.

El respeto que plantea el modelo narrativo no es el respeto de la autonomía ni el de “hacer el bien” del paciente, sino más radicalmente, es el *respeto hacia la constitución corpórea-personal del paciente*.

### 13.2. Las historias vulnerables

Un sujeto vulnerable es un sujeto que, por causa de situaciones variables (sean enfermedades, minusvalías, o condiciones sociales, como por ejemplo ser víctima de estigmatización debido a razones físicas o de valoración social como en el caso de los prisioneros, o simplemente en el caso de los niños o menores de edad), se presenta en cuanto más fácilmente manipulable o más débil; un sujeto que, por perder o no tener temporáneamente el control sobre su vida, viene a ser controlado por la dimensión de la alteridad. Esto quiere decir que se puede dar el caso que tal sujeto, por dichas causas, no necesariamente logre ser coautor de la propia existencia, sino que se vea afectado más bien por las acciones que provienen desde el mundo de los demás o de las situaciones externas a él. Obviamente, existen distintos grados de vulnerabilidad y distintas connotaciones atribuibles a este término. Lo que es cierto es que el rasgo más importante del concepto de la vulnerabilidad es, justamente, la pérdida o disminución del poder sobre sí mismo y sobre la propia historia respecto al estándar de control común aceptado y sancionado dentro de la sociedad.<sup>412</sup>

---

<sup>412</sup> “(...) what is important about vulnerability is (...) the loss of power that vulnerability imposes and signifies, and the attendant loss of control that ensues. We fear vulnerability most immediately because of the particular harms we seek to avoid. But

Vulnerabilidad es, también, un concepto holístico cuyo significado específico viene determinado de manera eminentemente contextual.

La vulnerabilidad expone el sujeto a la propia labilidad, según distintos grados de debilidad: un sujeto sumamente vulnerable percibirá su propia precariedad y labilidad de manera más dramática y evidente. Así que la vulnerabilidad hace manifiestas las debilidades de nuestra constitución humana en el profundo de nuestra corporeidad y construcción cultural. Dentro del concepto de vulnerabilidad confluyen, pues, variados elementos que hacen de ella algo indeseado: en primer lugar, el hecho de que el valor de la vulnerabilidad instaura conflictos entre el sujeto y la sociedad.

La vulnerabilidad, en este sentido, es uno de los elementos que emergen en el momento en que el sujeto se ve sometido a un cambio ontológico de su propia identidad. A este tipo de cambio, como hemos visto, corresponde un cambio narrativo y social determinantes, en los que la historia subjetiva viene a ser modificada radicalmente y viene a ser interpretada por la comunidad en términos completamente distintos. En nuestras sociedades occidentales, el valor de la vulnerabilidad es absolutamente anacrónico en cuanto se pone en neta contraposición con el modelo existencial ofrecido por el pensamiento individualista que nos caracteriza y nos identifica frente a las demás culturas no occidentales. De hecho, el individualismo postula la existencia de un sujeto completamente autónomo y auto-suficiente, capaz de autodeterminarse, de tomar decisiones. Por tanto, la vulnerabilidad

---

we fear vulnerability most profoundly because of the power we seek to retain." B. Hoffmaster, *What does vulnerability mean?*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, pg. 41.

parece no tener espacio ni posibilidad de existencia dentro de las conductas admitidas en el horizonte cultural occidental.<sup>413</sup>

La vulnerabilidad introduce dentro de la existencia de un sujeto el concepto de dependencia, concepto que viene abiertamente condenado dentro de la semántica social-valorativa occidental.<sup>414</sup>

La vulnerabilidad marca, pues, los límites de la semántica de los valores sociales, y sin embargo, la sociedad misma usa el concepto de vulnerabilidad y las condenas a ello dirigidas, para buscar una autojustificación y para dibujar nuevos objetivos para lograr.<sup>415</sup>

Hablar de la vulnerabilidad dentro del contexto de nuestra cultura occidental resulta, pues, altamente difícil, en cuanto no viene reconocida la vulnerabilidad como problema o como temática de interés. Esto debido al hecho de que la filosofía moral se ha ocupado muy poco de la problemática del cuerpo en cuanto carne viva y carne que sufre. El mismo planteamiento racionalista que ha llevado la reflexión a preocuparse detenidamente por los criterios racionales con el fin de problematizar la existencia, no ha tomado en consideración la existencia del sujeto en cuanto sujeto vulnerable, o incapaz de manera temporánea o permanente. En pocas palabras, la reflexión occidental

---

<sup>413</sup> "(...) vulnerability is antithetical to the ethos of individualism that pervades and dominates the moralities of Western societies. (...) individualism seeks and requires self-sufficiency and insulation from the risk that vulnerability poses. Respect for autonomy is, in large measure, moral proxy for that individualistic ideal. Vulnerability threatens individualism." B. Hoffmaster, *What does vulnerability mean?*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, pg. 42.

<sup>414</sup> "The tragedy and suffering that vulnerability can bring mean dependence, and dependence means the failure of self-sufficiency." B. Hoffmaster, *What does vulnerability mean?*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, pg. 42.

<sup>415</sup> "Vulnerability means that one is controlled by, rather than in control of, the world. Vulnerability marks the limits of individualism, but the ethos of individualism doggedly refuses to acknowledge those limits and instead construes vulnerability to fit its assumptions and goals." B. Hoffmaster, *What does vulnerability mean?*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, pg. 43.

se ha dedicado a desarrollar el concepto de *homo capax* más bien que el del *homo patiens*.

La vulnerabilidad, en este sentido, señala también los límites del pensamiento racionalista, desenmascarando las debilidades y las labilidades de un ser humano que necesita, para su propia supervivencia y para su propia existencia, de los demás sujetos. La vulnerabilidad condena abiertamente la soledad del sujeto meramente racional, el solipsismo de nuestras filosofías occidentales: nos hace, pues, evidentes los problemas de los que nuestra sociedad sufre. Bajo este punto de vista, la disputa existente entre paternalismo y respeto por la autonomía es un conflicto orientado no tanto por la racionalidad abstracta de un derecho natural de los seres humanos, sino por la dimensión cultural de nuestras sociedades. De hecho, la formulación de los principios guías propios de la bioética principialista, resulta ser producto de las historias y de los acontecimientos acaecidos en las sociedades occidentales, historias, en la mayoría de los casos, que son barbaridades en contra de la humanidad misma de los seres humanos. Tales conflictos, asumen así el rasgo de historias altamente vulnerables y de vulnerabilidad extrema, donde el progreso y el desarrollo han tenido precios espeluznantes e inaceptablemente elevados. Historias vulnerables en cuanto nos muestran la tristeza de una humanidad que no logra asumir el peso de su propia dignidad y no la ve reflejada en la alteridad de los demás. Historias vulnerables porque nos hablan de nuestra propia labilidad y de la labilidad de la dignidad de nuestra humanidad que puede llegar al límite de la tortura y de la bestialidad. Así que hablar de vulnerabilidad implica también hablar de la responsabilidad de la sociedad hacia los sujetos vulnerables. En este sentido, la discrepancia más evidente resulta de las concepciones

médicas de cura y cuidado. En una relación médico-paciente que sea humana, el médico no tiene que limitarse a curar el paciente, sino que en algunos casos también a cuidar de él. Y esto, fundamentalmente porque el paciente es, en virtud de su ser *patients*, un sujeto más vulnerable respecto a los demás.

Ahora bien, dentro del contexto clínico-sanitario y del cuidado de los enfermos, el concepto de vulnerabilidad asume rasgos múltiples y distintos que, a menudo, se asocian justamente con el discurso sobre la responsabilidad.

La actitud más común dentro de nuestras sociedades occidentales es la de ignorar la vulnerabilidad<sup>416</sup>: eso acontece bajo las formas impersonales que, hemos visto, caracterizan la retórica y el lenguaje médico desde el punto de vista narrativo; bajo la forma de la distancia puesta entre el personal médico sanitario y los pacientes; y bajo la atribución de valores morales a las enfermedades y, por ende, a los enfermos mismos.

Estos elementos, aunque aparentemente puedan parecer completamente distintos entre sí, en realidad poseen rasgos comunes.

La formulación de relatos de enfermedad en forma impersonal (los *disease narratives*), pretende reflejar la realidad de los hechos según la objetividad a la que aspira la ciencia médica. Esta es una ilusión: cualquier forma retórica es una elección estilística que transmite una manera orientada de mirar y observar la realidad. Por otro lado, cualquier forma retórica es también una lente interpretativa de la realidad misma, y también una manera de darla a entender a los destinatarios del mensaje: todo tipo de relato, en última instancia, nos

---

<sup>416</sup> Cfr. B. Hoffmaster, *What does vulnerability mean?*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, pg. 39.

propone, gracias a su misma estructura retórica tomar una posición moral frente a la realidad a la que se refiere.<sup>417</sup>

Ahora bien, dentro del panorama cultural occidental, es visión compartida la que postula una impersonalidad retórica al momento de relatar o describir un acontecimiento o un dato en el contexto científico. La construcción retórica de los *speech acts*, hemos visto, logra su función narrativa y performativa sólo dentro de su propio específico contexto, y esto porque el contexto mismo provee y produce las herramientas semánticas y culturales para la descifración del mensaje mismo.<sup>418</sup>

Así, en los relatos médicos, viene a menudo usada la forma impersonal del "se" o la primera persona plural "nosotros": el sujeto de la acción viene así a ser disimulado en la pretensión de objetividad del texto científico. Sin embargo, el sujeto viene a ser simplemente ocultado, no del todo eliminado.

Tal estrategia retórica no sólo refleja, pues, el prejuicio occidental según el cual la científicidad deriva del grado de impersonalidad narrativa de los relatos, sino que más profundamente, sugiere una toma de distancia afectiva y moral del contenido del relato.

Quizás se podría decir que tal distancia creada entre la *disease narrative* y su autor, no simplemente es funcional a la abstracción que, hemos visto, es fundamental para la representación a nivel taxonómico

---

<sup>417</sup> "Because one is asked to take a moral position in response to these stories, one must become cognizant of how perspective and the voice of the discourse affects one's vision of the moral world." T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, pg. 22.

<sup>418</sup> "The narrative can 'make sense' only if one already shares with the narrator assumptions about how an ill person should be viewed. A story, like every act of communication, is an act of collaboration, for information must be shared between the teller and the audience. Without these shared cultural norms, the narrative would be incomprehensible." T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, pgg. 25-26.

y pragmático de la práctica clínica, sino que es también un medio de distanciamiento emocional entre el médico y la responsabilidad humana que implica, seguramente, cuidar un paciente. En este sentido, creemos que el proceso de no transferencia sea fundamental desde el punto de vista profesional y, específicamente, médico. Sin embargo, en el contexto de la salud, tal toma de distancia podría, en algunos casos, transformarse en falta total de empatía.<sup>419</sup>

Ahora bien, es probable que esta distancia que se viene a instaurar entre el médico y el paciente, pueda ser también una estrategia de defensa en contra del dolor del paciente mismo, es decir, en contra del dolor ajeno, dolor intransferible y sin embargo siempre presente y posible para todos los seres humanos.

En pocas palabras, la impersonalidad y la distancia necesarias en la relación médico-paciente, se revelan en cuanto estrategias de adaptación y de defensa en contra de la vulnerabilidad humana que el paciente, en cuanto ser humano que sufre, muestra en su totalidad, vulnerabilidad que es posibilidad óptica y existencial también para el médico.

Esto implica que, a menudo, las enfermedades vengán connotadas en términos de responsabilidad moral, según los modelos explicativos que las denotan y según los procesos de metaforización presentes dentro de la comunidad social.

Como hemos visto, atribuir significados morales o psicológicos a las enfermedades quiere decir, por ampliación semántica, connotar moral y psicológicamente también al sujeto afectado por tal enfermedad.<sup>420</sup>

---

<sup>419</sup> A pesar de que, efectivamente, el tema de la empatía es fundamental para este tipo de discurso, tal tema no vendrá aquí tomado en consideración.

<sup>420</sup> "In recent times, epidemiological research has transformed venerable moral vices such as sloth, gluttony, intemperance, and fornication into medical risk factors—sedentary life, obesity, alcoholism, and unsafe sex. Implicit throughout is a causal



Ahora bien, existen relaciones entre la formulación de metáforas y la atribución de significados morales o psicológicos a las enfermedades y el grado de conocimiento que se posee de una enfermedad particular. El desarrollo científico y cognitivo alrededor de las enfermedades es lo que limita, en cierto sentido, la extensión de tales metáforas a los pacientes mismos. Y sin embargo, los procesos de estigmatización siguen siendo comunes, dentro del contexto sanitario y social, en la medida en que, la mayoría de las enfermedades vienen ahora a ser explicadas en términos de *factores de riesgo*. Incluyendo dentro de nuestros modelos explicativos de la enfermedad estos factores, automáticamente, viene a ser creado un círculo de responsabilidad acerca de los comportamientos individuales.<sup>421</sup> Formular un modelo explicativo de tal tipología acerca de una enfermedad quiere decir, en nuestra cultura, dibujar un proyecto de prevención. Y esto es cierto. Sin embargo, el efecto secundario de tal actitud, es la creación de hábitos lingüísticos que escriben historias de detrimento, desde el punto de vista psicológico, de la persona del paciente. De hecho, atribuir una responsabilidad activa en el proceso de enfermar (es decir, atribuir al paciente la asunción de

---

association between habit and health, according to which the afflicted may be regarded as the instigators of their own bodily misfortune." R. Gunderman, *Illness as failure. Blaming patients*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 4, July-Aug. 2000, pg. 7.

<sup>421</sup> "As our biological and epidemiological understanding continues to advance, more and more illness becomes explainable in terms of risk factors. (...) Once we admit that patients bear some degree of responsibility for their afflictions, the circle of blame is limited only by our understanding of pathology and epidemiology." R. Gunderman, *Illness as failure. Blaming patients*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 4, July-Aug. 2000, pg. 8. No tomaremos en cuenta las reflexiones llevadas a cabo por Gundermann en su artículo, sobre las características sociales de tales tipos de comportamientos que constituyen la clase de factores de riesgo. Sin embargo, es importante señalar, en nuestra opinión, que sí, existen estudios sociológicos y hasta demográficos que se ocupan de trazar y de individuar los rasgos comportamentales comunes, rasgos de matriz cultural, social y económica, involucrados en el desarrollo de factores de riesgo en la etiología de algunas enfermedades.

comportamientos peligrosos para la salud), implica declarar que el sujeto enfermo mismo se ha merecido este dolor, o quizás la muerte.<sup>422</sup> Por otro lado, nos parece también que el atribuir responsabilidades positivas acerca de la enfermedad se presenta como una estrategia de defensa por parte de los médicos. Delimitar la responsabilidad a la asunción de estos factores de riesgo, por parte del paciente, implica poner una barrera psicológica y existencial entre los distintos roles asignados en la historia clínica.<sup>423</sup> Esto básicamente quiere decir que dentro del proceso de formulación narrativa de los relatos de la enfermedad, también se ocultan las dinámicas de adaptación y de meta-control propios de los profesionales sanitarios. Esto implica, consecuentemente, que las modalidades compositivas de las narrativas clínicas estructuran la realidad (ontológica, psicológica y moral) de los sujetos involucrados y que ahora toman posiciones morales frente al valor de la vulnerabilidad humana.<sup>424</sup>

---

<sup>422</sup> Cfr. S. Sontag, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002, pg. 61. "Le teorie psicologiche della malattia sono un mezzo poderoso di gettare la colpa sul malato. Spiegare ai pazienti che sono loro stessi la causa, involontaria, della propria malattia significa anche convincerli che se la sono meritata."

<sup>423</sup> "Part of the explanation for victim blaming arises from the special psychology of the health professions themselves. Physicians are constitutionally averse to the notion that some diseases 'just happen', and regard it as an article of faith that there is no such thing as a truly 'random' disease. Cases in which no cause can be found are thought to reflect current limitations in our understanding and diagnostic capabilities, rather than proof that some diseases have no scientific explanation. The intellectual quest to find a cause for affliction may stem to a significant degree from the health care professional's psychological impulse to suppress a disturbing realization of personal vulnerability. From a caregiver's point of view, it is unnerving to realize that 'I, too, could fall ill and die'. One of the most venerable psychological self-defense stratagems is to erect protective barriers between oneself and one's patients. Physicians instinctively seek out ways to differentiate themselves from those for whom they care." R. Gunderman, *Illness as failure. Blaming the patients*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 4, July- Aug. 2000, pg. 9.

<sup>424</sup> Otra modalidad de negación de la vulnerabilidad, como señala Gunderman, es la de decir que "el paciente no responde a la terapia": también en este caso se asiste a la atribución de la responsabilidad al enfermo. Gunderman dice: "Patients may also be blamed for their failure to respond to the therapies which, from the physician's point of view, should have worked. In this scenario, patients are blamed not for making

Ahora bien, la ética narrativa se presenta como acercamiento abierto a las historias y a las biografías sea de los médicos así como de los pacientes. Distender el orden semántico de los acontecimientos dentro de las coordenadas lógicas y espacio-temporales de la narratividad quiere decir distender un orden sobre los elementos biográficos de los personajes involucrados en el acontecimiento de la enfermedad. Quiere decir empezar a explicar narrativamente los elementos existenciales al contrario incomprensibles; quiere decir abrir la mente y los juicios a la trama de una vida; quiere decir desarrollar la capacidad de asumir la vulnerabilidad humana ajena dentro del horizonte de la propia existencia; desarrollar la capacidad interpretativo-hermenéutica para asumir la humanidad del otro como común a la propia humanidad.

La ética narrativa se esfuerza, pues, por colocar el valor de la vulnerabilidad en el centro de las historias de enfermedad; de interpretarla y de transformarla en variación imaginativa que pueda dibujar líneas de comportamiento humano en el centro de la consideración del plan de cura. En este sentido y gracias a esto la cura misma viene más bien a asumir los rasgos del cuidado. Asistir a un paciente, en esta óptica, implica un esfuerzo humano de cercanía y de humanidad que va más allá de la prestación de terapias o de intervenciones. Quiere decir asumir y cargar el peso de la humanidad herida de la persona enferma, y en un cierto sentido de la propia, dado que la enfermedad se asoma a la vida de cada cual en cuanto destino común y compartido. En este sentido, la vulnerabilidad se presenta en

---

themselves sick, but for failing to get well. In contemporary medical parlance, the patient, not the physician, is the one to whom failure is typically ascribed." R. Gunderman, *Illness as failure. Blaming the patients*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 4, July- Aug. 2000, pg. 8.

cuanto expresión del ser mediación del ser humano, una mediación que ahora asume sobre sí no sólo los rasgos existenciales y ontológicos de una condición de finitud y labilidad irreductibles, sino que se manifiesta en cuanto mediación dentro de la semántica del dolor y del límite. La ética narrativa se pone, justamente, en este límite para dar voz a la economía del don en cuanto transgresión existencial-narrativa a la labilidad misma. La narratividad de este tipo de enfoque y de acercamiento se presenta, en conclusión, en cuanto voz de la vulnerabilidad, voz de la mediación misma de la humanidad de las personas. La narratividad es dar voz al límite, reflexionar sobre ello, en la escansión temporal de la distanciación semántica de las palabras.

Se trata, pues, de considerar las historias de los pacientes, sus vidas, en cuanto vidas e historias vulnerables, y la vulnerabilidad en cuanto historia compartida: cuidar de un paciente, bajo este punto de vista, implica acompañarle en los caminos de la historia de su enfermedad y por los senderos de la precariedad y labilidad humana. Podríamos decir que la vulnerabilidad es, en el plano existencial, lo que, en el plano ontológico-antropológico es la labilidad, en el sentido ricoeuriano.

Así, *ser capax* y *ser patiens* se funden para dibujar una humanidad honda y completa en la aceptación de la alteridad del otro, del tiempo, de la narrativa y de la enfermedad. Tal unión nos restituye la imagen de una relación médico-paciente absolutamente abierta a la incomprensible belleza de la comunicación auténtica.

### 13.3. Aportes de la ética narrativa a la relación médico-paciente

Intentemos ahora resumir lo que hemos estado viendo a lo largo de estos capítulos, para individualizar cuáles son, en conclusión, los aportes de la ética narrativa a la relación médico-paciente, si es que los hay.

En primer lugar, desde el punto de vista metodológico, la ética narrativa es producto de la inserción de la hermenéutica en la estructura científica de las disciplinas sanitarias. Se trata, pues, de la introducción del elemento reflexivo dentro de las modalidades de desarrollo de tales disciplinas y de la medicina misma. Lo que hemos intentado trazar en los párrafos de este apartado, ha sido justamente esto: la constante presencia temática de las dimensiones reflexivas que guían el desarrollo de las prácticas y de las legislaciones en el ámbito científico y asistencial.

Ahora bien, como hemos visto, la introducción de la dimensión reflexiva resulta en un sincretismo de métodos humanistas (esto es, de la antropología, de la crítica literaria y de la antropología filosófica) dentro del contexto del *corpus* científico de la medicina.

Esto puede conllevar, en el programa de entrenamiento académico, el desarrollo de algunos *narrative skills* con vistas a la expansión de las capacidades interpretativas y comprensivas de los estudiantes.<sup>425</sup>

---

<sup>425</sup> Cfr. A. Hudson Jones, *The color of the wallpaper: training for narrative ethics*, en R. Charon, M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002, pgg. 160-167. Según esta autora, el desarrollo de competencias narrativas siempre más complejas, sería coadyuvante de la ampliación de la capacidad de entender el mundo moral de la alteridad del otro que es el paciente. De hecho, aprender a reconocer que cada tipo de texto viene articulado según elecciones retóricas; que cada texto representa y realiza una diversidad de opinión y de perspectiva, ayudaría a los médicos a desarrollar, quizás, mayor empatía. Entender que existen variados mundos posibles, más allá del mundo personal de las propias percepciones y creencias, implicaría ampliar la capacidad de aceptación de la diversidad del paciente en cuanto persona orientada de manera distinta, autónoma y digna. Entender que todo tipo de producción narrativa, inclusive los

Tales metodologías nos permiten, pues, focalizar el análisis de la estructura de la medicina desde el punto de vista lingüístico-cultural, pensamiento coherente con el movimiento que hemos denominado *posmodernismo*. En este sentido, la ética narrativa se pone en cuanto instrumento crítico que detecta las contradicciones producidas por el desarrollo cultural y técnico de las sociedades occidentales. La introducción de tales metodologías dentro del contexto de la medicina inserta en el plano reflexivo la idea de que la identidad humana no es otra cosa sino un principio holista creado a partir de las concrecciones semánticas del ambiente y del mundo de las cosas y de los demás. Esto implica también considerar los productos de la cultura y de la ciencia en cuanto construcciones semánticas de valores mutables y lingüísticos dinámicamente compuestos y disponibles en la sociedad.

En segundo lugar, hemos visto cómo esta argumentación pueda venir expresada con la fórmula *holismo narrativo*, elemento que se presenta como muy importante dentro del contexto de la relación médico-paciente.

La ética narrativa se preocupa por volver a insertar dentro de la consideración clínica del paciente también su contexto holista de significados. Esto implica considerar el concepto de enfermedad en cuanto socialmente y lingüísticamente estructurado mediante la

---

*medical charters*, quiere decir ser capaces de desenmascarar las orientaciones del remitente del mensaje lingüístico y ser capaces de interpretar el texto mismo a partir, justamente, de la forma retórica misma gracias a la cual el texto viene expresado. Quiere decir, en términos gadamerianos, lograr individuar los *prejuicios* que están a la base del lenguaje y ser capaces de interpretar el texto a partir de ellos. Ahora bien, no sabemos si realmente el desarrollo de la empatía en cuanto capacidad de *sentir la humanidad del otro en cuanto mía*, puede estar vinculada a este género de ejercicio o de prácticas. La empatía se presenta, en nuestra opinión, más bien como capacidad o don personal, que cada médico, en realidad, debería de poseer, aún en mínimo grado. Sin embargo, dejamos la cuestión abierta, en cuanto penetrar en el mundo de la ficción literaria, puede significar, en última instancia, quizás penetrar también en la complejidad de las vidas humanas reales.

formación de metáforas y modelos explicativos dependientes de los valores presentes en una determinada sociedad. Como hemos visto, la creación de las metáforas viene a ser proceso automático propiamente humano de conexión entre las dimensiones internas de los individuos y la realidad mundanal. La esfera simbólico-lingüística viene entonces a crear relatos que asumen los rasgos de caracteres culturales de identificación. Tales relatos se vuelven, pues, lentes interpretativas de la realidad, siendo asimismo instrumentos de realización de la realidad sanitaria.

La ética narrativa aplicada a la práctica asistencial contribuye, pues, a aprender y a interpretar la medicina en cuanto subsistema cultural de una realidad comunitaria más amplia. Esto también gracias al reconocimiento de la división de roles que, narrativamente, acontece dentro el darse de las historias clínicas. Así, la ética narrativa se pone en cuanto eje de las dimensiones de la historicidad, de un individuo y de la medicina misma; de la realidad simbólica que descifra las situaciones existenciales creando así lo que puede venir llamado *experiencia clínica*; de la realidad personal de cada cual que esté involucrado en el proceso de enfermar (persona enferma, familia, profesionales sanitarios, etc...); de los valores morales y tradicionales propios de una sociedad; de los valores científico-bioéticos que subyacen a las prácticas clínicas e investigadoras.

El elemento del *holismo narrativo* nos sugiere que la realidad viene a ser construida a partir de una interrelación semántica entre las dimensiones privadas de la interioridad de la persona y las dimensiones semánticas estratificadas y decantadas en la constitución cultural de una sociedad. En el plano asistencial, esto se traduce en la toma en consideración del paciente ya no como un sujeto completamente aislado de las esferas

valorativas familiares, sino como una persona individual, insustituible en su corporeidad, pero insertada en dimensiones afectivas, culturales, religiosas y morales holísticamente estructuradas y semánticamente determinadas por otros factores (cuales por ejemplo el momento histórico, la historia familiar y personal particulares, etc...).

En tercer lugar, la aplicación de la ética narrativa en de la dinámica de la relación médico-paciente da lugar al modelo asistencial de la *medicina narrativa*. Es decir, una relación basada en la consideración del enfermo y del paciente en cuanto persona cuya historia no puede ser considerada simplemente en función de la enfermedad; cuyas historias se presentan necesariamente relacionadas con las historias de los que le rodean, holísticamente creadas a partir de las interrelaciones existentes entre el sujeto y el mundo de las cosas y de las personas.

La tarea de la medicina narrativa es la de dibujar el perfil de la enfermedad, sobre todo en el caso de patologías graves o invalidantes o terminales, no simplemente en cuanto límite de la existencia y del conocimiento médico, sino como ocasión narrativo-biográfica de comprensión personal y relacional.

La medicina narrativa, resultante de la inserción de las disciplinas humanistas dentro del contexto de la medicina en cuanto práctica asistencial, se esfuerza por interpretar la vivencia de la enfermedad como una experiencia fundamental para el sujeto que se enfrenta a ella a partir de un contexto personal, familiar, cultural, emocional, absolutamente únicos. Tomar en consideración la peculiaridad de cada sujeto quiere decir reconocer la persona humana que vive y padece esta enfermedad y empezar a considerar la enfermedad misma como parte de la vida del paciente y no simplemente como una contingencia clínica.



La medicina narrativa, entonces, se presta a escuchar el relato existencial del paciente, no reduciéndolo al silencio de una prácticas que no puede entender.

Esto implica que la corporeidad misma venga a ser considerada como voz que se manifiesta a partir de las dolencias y del sufrimiento, voz que tiene que venir respetada y escuchada.

En cuarto lugar, la ética narrativa impone, así, la obligación del respeto de la humanidad del paciente que, a menudo, viene reducida a caso clínico, a un conjunto de órganos o de síntomas. La ética narrativa nos sugiere, pues, que el respeto por la corporeidad del paciente es de fundamental importancia, y que tienen que venir creadas las posibilidades para ello. Esto quiere decir que es necesario llevar a cabo un proceso de reconocimiento del paciente en cuanto persona para poder respetar su constitución de ser humano portador de una dignidad innata.

Reconocer a un paciente en cuanto persona quiere decir, en el espacio de la medicina narrativa, escuchar sus historias y aceptar su identidad narrativa, dar lugar a la apertura hacia una consideración humana de su historia. Esto implica que el paciente también pueda autoreconocerse en ella, re-elaborarla a la luz de las vivencias vulnerables de la enfermedad, asumir su propia precariedad y su vulnerabilidad en cuanto partes de esta historia, reconocerse en las dinámicas narrativas que despliega en el relato mismo. Reconocer al paciente quiere decir, en pocas palabras, permitirle autorelatarse, distender las vivencias existenciales de su pasado en la contemporaneidad de la enfermedad, relacionar la historia con el presente que irrumpe e interrumpe el curso normal del tiempo. En pocas palabras, reconocer al paciente quiere decir reconocer su derecho de

vivir la enfermedad como un elemento de su propia vida, algo que acontece dentro del horizonte existencial de su historia, algo que se puede también presentar como ocasión para reflexionar sobre sí mismo y sus relaciones. La enfermedad, en este sentido, viene a ser configurada, según la ética narrativa, en cuanto experiencia que puede venir traducida en ocasión existencial de entendimiento y de perdón, en los mejores de los casos. Entender y escuchar al paciente puede significar también ayudarlo a asumir la enfermedad como tal y a no enfrentarse a ella de manera destructiva. La ética narrativa se esfuerza, pues, por transformar la enfermedad en ocasión creativa.

En este sentido, la ética narrativa dibuja el espacio relacional entre médico y paciente en cuanto equilibrio entre cercanía/distancia: si por un lado, necesariamente, el médico tendrá que aplicar un proceso de *no-transfert* para poder salvaguardar el principio de justicia y para poder ejercer sus intervenciones sin condicionamientos emocionales, por otro, tiene que

reconocer en el enfermo la humanidad de la que él mismo es miembro, cuidarla y respetarla.

Asistir a un paciente no corresponderá necesariamente a curarle; sino cuidar de él, cuando curarle ya será imposible.

Un relato, de hecho, puede tener una mala conclusión; sin embargo, puede seguir siendo un *buen* relato.

## CAPÍTULO V

### A modo de conclusión

Anatole Broyard murió el 11 de Octubre del 1990.

El cáncer puso fin a su tiempo, anuló la distancia creativa de su ironía, ironía que le había permitido transformar la enfermedad en relato, en “intoxicación”, una intoxicación que libera.

El cáncer, con su concreta y dolorosa realidad, mató al escritor y al hombre, a su cuerpo y a su literatura.

Sin embargo, Broyard sabía, sentía que la palabra “es el exceso de nuestra existencia sobre el ser natural”.<sup>426</sup> La palabra es la transgresión más grande al límite de la finitud, al horizonte de la labilidad humana. La palabra y el relato construyen significados, epifanías de un sentido que, encerrado en el silencio de lo no-expresado, simplemente no existirían.

Anatole Broyard no escribe, pues, su propio epitafio, sino que comunica y, al mismo tiempo, busca un sentido. La narrativa es, para él, un lugar, espacio en el que por naturaleza encuentra una distensión existencial. Su identidad descansa en la literatura.

En este sentido, la enfermedad no logró matar la rebeldía de su espíritu.

Broyard era escritor y crítico literario para el *New York Times*.

Sin embargo, no nos ocuparemos aquí de recorrer su *curriculum* artístico y literario.

---

<sup>426</sup> M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pg. 216.

Lo que nos interesa ahora es, más bien, concentrarnos en su manera de transformar narrativamente el silencio en el que el dolor de la enfermedad nos encierra siempre, en fuerza creativa. La literatura se vuelve así, para Broyard, espacio expresivo que le permite asumir el peso del dolor: la narrativa es voz del cuerpo.

Broyard dibuja su cáncer en cuanto personaje de una historia, historia que, en realidad, no comienza con su diagnóstico, sino con la muerte de su padre.

Transformar la enfermedad, le permite relacionarse con el dolor como si fuese una obra de arte: al dar forma narrativa a los acontecimientos, se enfrenta a la metamorfosis de su propio cuerpo y, por ende, de su persona. En la estructura y en la acción de relatar, la dimensión interior y exterior coinciden, identidad personal e identidad narrativa son el *I-voice* de una corporeidad puesta al límite de la exposición existencial y ontológica.

El relato permite a Anatole apropiarse de la enfermedad, hacerla suya, entrar en diálogo con ella y dar una forma distinta, elegida, narrativamente moldeada a su corporeidad.

En el dolor de la carne él busca nuevos significados a su cuerpo y, por ende, a su propia vida, en la síntesis pre-originaria que es la temporalidad de su fisicidad.

Finalmente, Anatole murió.

La muerte le quitó el lápiz de la mano.

Sin embargo, es probable que su muerte fue exactamente como siempre quiso: viviendo su propio fin. Quizás, en el momento de la muerte encontró el sentido de su propia temporalidad, aquella calidad del tiempo que se llama horizonte de la totalidad existencial.

Probablemente, en el instante de la muerte, Anatole sintió que, sí, había vivido.

Hijo de una familia criolla, Anatole Paul Broyard, "Buddy", nació en New Orleans, el 16 de Julio del 1920.

Su propio sentido de la identidad y sus elecciones existenciales se desprenden a partir de un constante proceso dialéctico entre su origen afro-francés, el ambiente social circundante y su propia constitución física.

En el medio de tales conflictos de identidad étnica, social y, por ende, personal, Anatole se enfrenta a la enfermedad y muerte del padre.

Este acontecimiento se transformará en un evento que guiará y orientará su existencia sea desde el punto de vista personal, sea desde el profesional. La narrativa le ofrecerá una vía de búsqueda acerca del sentido y del rol de la enfermedad en el camino de su vida.

La literatura le permitirá, pues, distanciarse de las vivencias, engendrando así un estilo retórico lúcido, irónico, directo y pulido. A través de esta distanciaci3n, Anatole nos proyectará la atrocidad de la muerte paterna. Gracias a la elecci3n de este estilo retórico, Broyard nos transmite la frialdad emocional en la que él mismo se encontró asistiendo a la agoni3 del padre. Su silencio parece ser paralelo al silencio de la muerte.

Nuevamente la organicidad del lenguaje vendrá luego recobrada en la distensi3n retórica y narrativa de *What the Cystoscope Said*, publicado en el 1954 en el que dará voz al *chaos narrative* constituido por el mudo y comatoso dolor paterno. En este relato Anatole narra los últimos días de su padre, bordando la narraci3n de los

acontecimientos con anécdotas acerca de su vida cotidiana, pasada y contemporánea. Tales anécdotas se presentarían en cuanto intercambio de vida entre él mismo y el padre moribundo. El relato representaría, así, el holismo narrativo y temporal en el que cada uno de nosotros se encuentra a tejer la trama de su propia biografía. Anatole se relaciona al tiempo presente, frente al cuerpo martirizado del padre, y recordando el pasado de la infancia. Paradójicamente y por un misterioso juego del destino, Anatole no puede saber que lo que está realizando es una suerte de anticipación narrativa de su propia muerte que acaecerá cuarenta y dos años más tarde.

Así, en el momento conclusivo de su vida, Anatole logrará asumir también la muerte del padre: el sufrimiento intransferible de la carne paterna permeará su cuerpo y se realizará, a través de la narración, una perfecta circularidad y ciclicidad de las existencias, ya sea en el plano narrativo, sea en el ontológico.

La narrativa se convertirá, entonces, en mediación existencial de una estructura ontológica de la realidad quebrada por el dolor ajeno así como por el propio sufrimiento.

*Intoxicated by my Illness*<sup>427</sup> fue escrito tras recibir el diagnóstico de cáncer metastático de próstata en Agosto del 1989.

El relato, publicado por su esposa y una de sus hijas, Bliss Broyard, se presenta estructurado y dividido en seis partes. Tal división resulta ser, probablemente, una elección editorial de quienes curaron la publicación del libro:

---

<sup>427</sup> A. Broyard, *Intoxicated by my Illness*, Fawcett Columbine, New York, 1992.

Parte I- *Intoxicated by my Illness* (1989-1990).

Parte II- *Toward a Literature of Illness* (1989-1990).

Parte III- *The Patient Examines the Doctor* (1989-1990).

Parte IV- *Journal Notes May-September, 1990*.

Parte V- *The Literature of Death 1981-1982*.

Parte VI- *What the Cystoscope Said* (1954).

La variedad temporal que separa las secciones del libro, nos indica, en primer lugar, que el interés acerca de la enfermedad y de la muerte caracterizó la búsqueda interior de Anatole Broyard, a partir de la muerte paterna en el 1948. En segundo lugar, la distancia temporal y la diversidad de las intenciones narrativas de estas publicaciones<sup>428</sup> no nos impiden considerar el libro en cuanto unidad narrativa orgánica y sistemática. La coherencia de un relato puede ser, pues, independiente del orden y de la estructura temporal de los acontecimientos narrados. La construcción de los eventos que constituye y dibuja el perfil y el desarrollo de la trama de la historia es, de hecho, una construcción sujeta exclusivamente a las reglas de la lógica narrativa interna al relato mismo. Reglas que estructuran el relato y que configuran la realidad de manera única pero variable. Esto nos indica también que la estética y la comunicatividad literario-narrativa crean nuevos órdenes de sentido y que la misma temporalidad experiencial viene estructurada a partir de la narrativa de la historia contada.

---

<sup>428</sup> De hecho, las primeras tres partes son relato directo de la propia experiencia de enfermedad; la cuarta parte está compuesta por reflexiones aforismáticas publicadas en variados números del *New York Times*; la quinta parte es una muy articulada reseña de libros acerca del tema de la enfermedad y de la muerte; y, finalmente, el relato de la muerte de su padre.

La historia y el pasado, en este sentido, se relacionan dentro del espacio narrativo con el presente para llevar a la luz significados de la temporalidad existencial y, por ende, de la vida de uno mismo.

Ahora bien, lo que nos proponemos aquí es analizar, brevemente, el texto de *Intoxicated by my Illness*. Para hacer esto, sin embargo, no usaremos una metodología narratológica ni lingüística, sino narrativa. Esto implicará un cambio retórico de la escritura con respecto al estilo hasta ahora utilizado en este trabajo. Se trata, pues, de una elección metodológica que refleja nuestro interés por entrar *dentro* del relato y razonar *en él*, con el fin de dejar emerger los elementos semánticos que más nos interesa tomar en consideración. En este sentido, nos concentraremos alrededor de núcleos temáticos como el de la corporeidad, la temporalidad y la identidad personal-narrativa. Se intentará, pues, leer el relato a través de estos lentes semánticos partiendo del *background* ofrecido por el discurso sobre la ética ricoeuriana y la medicina narrativa.

Esto quiere decir que el análisis textual se presentará como estrictamente funcional a lo que nos interesa aquí poner de relieve, o sea, la importancia del proceso del reconocimiento de la persona humana del paciente a través del acceso abierto por su identidad narrativa vislumbrada en el *illness narrative*.

La elección metodológica de un acercamiento analítico de tipo narrativo, nos permite entrar y acceder directamente a las cargas semánticas presentes en el relato.

Recibir humanamente un *illness narrative* y llevar a cabo un proceso de reconocimiento de la persona que el paciente es, requiere y demanda el coraje de penetrar en la humanidad de la narración y de la propia existencia del otro. Requiere estar dispuestos a realizar



una 'fusión de horizontes' entre nuestra persona y la del paciente gracias a la escucha y recepción del relato, recepción que tiene que ser apertura a la alteridad del otro.

Entrar en un relato implica razonar dentro de él, dentro de las dinámicas que lo estructuran y lo mueven; aceptar las discordancias concordantes que constituyen el desarrollo de la biografía del sujeto-persona; aceptar, pues, la alteridad del lenguaje o de los lenguajes que realizan significados personales distintos.

El autor de este relato es Anatole Broyard. Él es el escritor y el paciente, él decide su propio tratamiento médico y existencial dado que opta por unas posibilidades terapéuticas y estilístico-narrativas. Él elige qué escribir de su vida y cómo escribir su propia muerte: se hace co-autor de su existencia apropiándose de su enfermedad, personalizándola, dibujándola, dándole forma y color. La vive.

Sus familiares no tienen mucha presencia dentro del relato, pero sí sus amigos. Mientras que la figura del padre se respira página tras página, como una intuición, una atmósfera. Y en la narración de la muerte paterna, Anatole experimenta narrativamente la suya.

La enfermedad se inserta dentro de la estructura de la existencia. Y la estructura de la vida humana se caracteriza, propia y primeramente, en cuanto existencia encarnada, es decir, una existencia que es cuerpo, una corporeidad que se encuentra ya dentro de un marco histórico y holístico irreductible.

Anatole vive en su propia carne una muerte pasada. En su corporeidad confluyen, pues, la dimensión temporal del pasado y del presente.

El cuerpo, según Merleau-Ponty, es síntesis de la temporalidad, síntesis del pasado y del presente, dialéctica que se puntualiza en la

concreta presencialidad de la carne en cuanto posibilidad ontológica de la existencia.

La corporeidad es, pues, el eje ontológico en el que se reúnen las distintas dimensiones temporales de la historia y, a la misma vez, es fulcro a partir del cual la temporalidad se realiza en una escansión que es vida.

El cuerpo es punto relacional en el que pasado y presente se encuentran, dando lugar al espacio de la acción en cuanto afirmación existencial. La dialéctica entre distintas dimensiones temporales se realiza, entonces, como sublimación de la relación entre constitución activa y pasiva: entre *homo capax* y *homo patiens*. La estructura existencial humana se distiende, pues, dentro del marco relacional de estas dos dimensiones que constituyen el movimiento mismo de las discordancias concordantes de la trama biográfica.

El cuerpo es síntesis temporal y existencial: el pasado se revela en cuanto apertura de la temporalidad en la actualidad y presencialidad de la carne. El cuerpo de Anatole reabre la dimensión del pasado, actualizando las vivencias antiguas en la contemporaneidad y puntualidad de su dolor físico.

En este sentido, pasado y presente se 'reconcilian' en el instante de su propia muerte, es decir, en el instante extremo de su corporeidad.

Por otro lado, la no-reconciliación, la discordancia concordante entre la muerte paterna y su seguir en vida, la dialéctica entre fin de una existencia e historia que continúa, es lo que ha movido Anatole a hacer de la escritura una búsqueda de interpretación y de sentido.

La narrativa es, pues, tentativa de reconciliación de los eventos que mueven y articulan una historia.

La narrativa se convierte, así, en voz del cuerpo, de la corporeidad.

La muerte, en cambio, es silencio absoluto.

Anatole concede voz a la corporeidad quebrada de su padre: la relata, la asume y la transforma en evento comunicativo.

Siendo la muerte una anihilación de las dimensiones temporal-biográficas de pasado y presente de la existencia humana,<sup>429</sup> en ella se anulan y disuelven las discordancias concordantes de la temporalidad misma.

La narrativa, al contrario, intenta asumir las discordancias temporales y, por ende, experienciales, para distenderlas en el orden narrativo de una biografía. Y lo logra al constituirse en cuanto voz de la corporeidad. La narrativa reconcilia la identidad de Anatole, identidad que se ve dividida entre rol de hijo y, luego, de sujeto enfermo, testigo de la muerte de su padre y persona que ahora muere.

El eje, el núcleo generativo de la intención y realización narrativa, es el cuerpo.

Suddenly my father became immune to anesthesia. He couldn't have chosen a better time, because his illness was at its fullest flowering, rotting his entire skeleton until the very marrow of his bones ran with pain. (...) he began to hate the needle, flinching under its prick as though he wasn't already hurting to the limit of his capacity. Bizarre as it may seem, I began to believe that he was *insisting* on his pain. Just as a young mother wants to feel herself give birth, he seemed to want to feel himself go back into unbeing. Or perhaps he was trying to come to grips with his pain, to recognize the power he was wrestling with. His struggle was not beautiful to behold, but I beheld them. I felt that it was my duty not to miss a single one of his writhings. His whole body had become a tongue, addressing its message to

---

<sup>429</sup> Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pgg. 198-199.

me. He was leaving so little behind that nothing could be ignored. I wanted to make movies of him to educate my children. Watching him, I learned that the convulsions of death and the convulsions of love differ only in that these were experienced utterly alone.

Now his strength fell away faster- and, against my will, mine grew. It seemed we had only a fixed amount to divide between us: as he gave it up, I acquired it. I tried to give it back, to refuse it, to make myself small, but the smaller I squeezed myself, expelling all my breathe and deflating my chest with enormous sighs, the smaller he would shrink. We were on a seesaw, a scale, and my weight was catapulting him into oblivion. (110-111)

El relato permite expresar el silencio emocional causado por la inmediatez del dolor físico. El cuerpo herido, la corporeidad quebrada, la carne que duele se vuelven expresión de un *chaos narrative*. El dolor de la carne se hace voz.

Anatole es ahora testigo del sufrimiento paterno: intérprete de este dolor, él siente el deber de absorber la agonía del padre. Recibir el sufrimiento ajeno es, para él, asistir y ser parte de lo que puede venir percibido como intercambio de energías vitales. En realidad, tal intercambio es narrativo: la circularidad de los eventos nos indica que Anatole está asumiendo la historia y la muerte de su padre. Sin embargo, tal ciclicidad sólo puede venir realizada *a posteriori* dentro de la distensión narrativa de la temporalidad.

El cuerpo del padre se ha vuelto mudo: el coma precedente a la muerte le ha encerrado en un silencio no-comunicativo. Sin embargo, su cuerpo entero se transforma en voz que grita sensaciones incomprensibles para el hijo. Incomprensibles hasta que, casi cuarenta y dos años después, Anatole las entenderá en su propia carne. Su propio dolor físico le dará acceso directo a la muerte de su

padre. El dolor se transformará en reconciliación con el pasado, con la temporalidad y la alteridad de las vivencias ajenas.

Tal relacionalidad vivencial, este paralelismo paradójico entre vidas que en realidad se entrelazan, viene anticipado en el relato del 1954.

Si, por un lado, está la contraposición entre la muerte del padre y la vida del hijo, soledad absoluta y condivisione, silencio impuesto y deseo de comunicación; por otro, está la expresión de lo intransferible en la escritura del relato.

Las palabras de Anatole asumen el silencio comatoso del padre, hablan por él, se vuelven su voz. Las palabras son testigos y testimonios de un significado que, no expresado, no tiene algún valor. Expresar quiere decir mostrar, enseñar, desvelar y realizar los sentidos de la realidad.

La escritura y la narrativa crean relaciones entre el interior cerrado en lo incomunicable y lo exterior sinsentido.

La escritura crea símbolos que permiten interpretar la realidad, es decir, crea valores.

La realidad, así, es significativa en cuanto relatada.

La corporeidad misma es un valor porque es eminentemente expresivo. El espacio corpóreo, por tanto, es un escenario interrelacional pre-originario.

El elemento más poderoso de esta parte del relato está constituido por la absoluta privacidad e incomunicabilidad del dolor del padre. Él, quizás, intenta buscarse a sí mismo en la experiencia del dolor físico. El lamento se vuelve la única vía comunicativa para él antes de ser tragado en el abismal silencio del coma y de la muerte. El dolor es tan intenso que absorbe cualquier semántica e instancia lingüística.

Experimentar con todos sus sentidos lo que quiere decir deslizarse hacia el no ser, a través de la percepción de la descomposición y desfiguración de su propia carne es, para el padre, la tentativa extrema de sentir su propia consciencia.

Y el hijo se vuelve testigo de esta lucha interna y silenciosa.

Será él quien ofrecerá palabras para expresar y traducir esas sensaciones incommunicables en elementos de intercorporeidad e interrelacionalidad.

Anatole elige presenciar los sufrimientos paternos con el fin de extinguir la deuda que siente hacia él, la deuda de haber recibido la vida. Y al llevar a cabo la narración de la muerte del padre, quizás le esté realmente devolviendo la vida.

My father broke down at last, and fear haunted his eyes for the first time. When I came in, he gave me a drowning look which told me plainly that he had been adrift in uncharted seas. His eyes sucked me in. (...) They nursed, like infant mouths, on me. I tried to find some formula to feed them, but I felt shamefully inorganic. "Don't leave me alone," he whispered, "I'm afraid." I put my hand on his. "You're not alone, Pop," I said, "I'm here." His eyes went far away. "I wish I had a hundred of my children here and their children," he said, "I don't want to be alone." "You're not alone, Pop," I said again, "I'm with you." "Yeah, I know, honey," he said, "I know," but there was no sense of solace in his tone, and I knew what he felt. You want everybody in earth to stop what they're doing and come to say good-bye *personally* to you. You want *humanity* to see you off, the way close friends see you off on a boat. The idea of unanimity, two billion people's sympathy, is the only commensurate condolence. I did my best. (121-122)

El lenguaje llega aquí a su límite.

La palabra 'Pop' pierde ahora de sentido para Anatole.

La muerte borra la comunicatividad anulando así los significados humanos. La muerte es, así, un desgarramiento semántico.

Y el hijo percibe la urgencia de imponer un orden humano, de dar lugar a formas comunicativas que destruyan la cortina de silencio que es la muerte. Anatole opone a la muerte paterna la comunicación narrativa.

At that moment, the imminence of emptiness was so immense that everything was reduced to a mathematical perspective, to an anxiety to introduce order into that void. (122)

La anulación de la temporalidad, impuesta por la muerte, viene a ser asumida por la temporalidad narrativa del relato.

El tiempo de la muerte viene a ser lingüísticamente representado para transformarse en inmortalidad de la escritura, presencialidad siempre nueva aunque antigua, renovada gracias a la lectura y escucha.

La narración desvela ahora todo su carácter transgresivo y rebelde: es exceso de la naturaleza humana, es lo que va más allá de los límites, es lo que queda.

Anatole relata anécdotas del pasado: vuelve así a abrir la dimensión de la temporalidad para entrar nuevamente en contacto con el padre. Y emergen, dentro de su memoria, episodios de su propia vida, escenas en las que el padre tiene todavía un perfil activo.

En la alteridad de la dimensión temporal pasada con la que entra en diálogo gracias a un proceso de rememoración, Anatole logra relacionarse con la alteridad absoluta de la corporeidad paterna.

Anatole escribe, pues, una historia gracias a estos movimientos de anticipación-rememoración. Frente a la disolución del tiempo paterno y de su cuerpo, Anatole se autopercibe vivo, como continuidad temporal entre los recuerdos del pasado y su ser testigo de la actualidad.

El presente es la corporeidad de la carne.

La temporalidad es el tiempo asumido por el cuerpo. Y la continuidad temporal de la corporeidad es lo que constituye nuestra propia historia.

So much of a writer's life consists of assumed suffering, rhetorical suffering, that I felt something like a relief, even elation, when the doctor told me that I had cancer of the prostate. Suddenly there was in the air a rich sense of crisis- real crisis, yet one that also contained echoes of ideas like the crisis of language, the crisis of literature, or of personality. It seemed to me that my existence, whatever I thought, felt or did, had taken on a kind of meter, as in poetry or in taxis.

When you learn that your life is threatened, you can turn toward this knowledge or away from it. I turned toward it. It was not a choice but an automatic shifting of gears, a tacit agreement between my body and my brain. (3)

La enfermedad entra en las fibras más íntimas de la estructura existencial de cada cual y se configura de modo coherente con la constitución del sujeto.

El cáncer entra dentro del horizonte biográfico de Anatole, un horizonte constituido por la literatura y la escritura. Estas instancias, a su vez, permean la experiencia de la enfermedad abriendo así el espacio para la curiosidad trágica. El primer *shock* viene a asumir la



forma de un sendero de búsqueda y de investigación de un significado profundo. Y esta búsqueda está quizás orientada hacia el descubrimiento del sentido de la vida, más bien que del cáncer.

La enfermedad se presenta en cuanto evento sumamente discordante dentro de la concordancia narrativa de una biografía: la crisis, en cuanto suspensión total de los elementos existenciales y temporales de referencia ontológica, se vuelve aquí espacio de creación y transgresión.

La crisis es suspensión del entendimiento, de la comprensión de sí mismo: en ella, la quiebra ontológica propia del ser humano emerge y viene a ser la apoteosis de la no-transparencia del sí a sí mismo.

La crisis, en este caso, viene inaugurada por la incomprendibilidad de la frase 'tu tiempo se acaba'.

Comprensión y temporalidad se encuentran, pues, en una relación irreductible.

La temporalidad viene a ser el espacio en el que la comprensión se distiende en las dimensiones de la continuidad de pasado-presente. Temporalidad y comprensión se vuelven así criterios del realizarse de la corporeidad que, a su vez, es sustrato pre-originario de la temporalidad y de la comprensión mismas.

Así, tiempo, hermenéutica y cuerpo se revelan como condiciones de posibilidad de la existencia humana.

Existencia que es absolutamente holista: el proceso interpretativo, de hecho, siempre acontece en la comunión semántica de una común capacidad lingüística.

La enfermedad, en este sentido, parece suspender tal *koiné*. La enfermedad aísla y desnuda la constitución personal del sujeto, desvelando las dialécticas entre el yo y los roles sociales.

Dentro de tal problemática la dimensión narrativa emerge en cuanto afirmación de una identidad real versus las identidades virtuales impuestas por el ámbito comunitario.

La narrativa parece, pues, otorgarle al sujeto una alternativa al aislamiento en la incomunicabilidad de la enfermedad.

En la intersubjetividad del relato, el sujeto logra reestablecer una relacionalidad entre la dimensión de la corporeidad, que se demuestra ahora una alteridad absoluta y hostil, y la dimensión afectivo-emocional que se ve afectada por el caos introducido por el dolor. La intersubjetividad del relato, entonces, crea puentes relacionales entre el ámbito de la interioridad y del mundo objetual y fáctico; entre la constitución de la subjetividad y la de la comunidad; entre la auténtica estructura personal y la división pública de las identidades y de los roles.

La narratividad ofrece un espacio temporal expresivo e intersubjetivo. El tiempo de la enfermedad se superpone al tiempo humano de las relaciones, dilatándose en la homogeneidad de unos instantes de sufrimiento. En el espacio narrativo, sin embargo, la temporalidad viene a encontrar un nuevo ritmo, un nuevo orden. La narrativa le otorga al tiempo una valencia humana.

La temporalidad es el espacio y la posibilidad existencial concedidas a cada uno de nosotros.

I thought that time had tapped me on the shoulder, that I had been given a real deadline at last. It wasn't that I believed the cancer was going to kill me (...) No. What struck me was the startled awareness that one day something, whatever it might be, was going to interrupt my leisurely progress. (...) I realized for the first time that I don't have forever.

Time was no longer innocuous, nothing was casual anymore. I understood that living itself had a deadline. (3-4)

Así, la muerte es el acabarse del tiempo entendido, justamente, en cuanto posibilidad de existencia, de temporalidad y corporeidad.

Si la temporalidad es, pues, el espacio expresivo a través de la corporeidad y del lenguaje, la muerte es el silencio del tiempo.

Dentro del horizonte de la enfermedad se asoma el pensamiento o, quizá, la tangible conciencia de que la vida no es *everlasting*, sino que posee limitaciones.

Si la muerte anula la temporalidad y, por ende, la corporeidad, la enfermedad muestra los límites de la constitución ontológica de ambas.

La enfermedad enseña, señala el límite del tiempo.

Vivir, en este sentido, puede ser un asumir la temporalidad por lo que es: una posibilidad existencial creativa.

Así, la enfermedad y la muerte tematizan el tiempo.

Y puede ser, también, que el miedo a morir sea, en última instancia, miedo a percatarse que las posibilidades se acaban. Quizás, el temor a morir es temor a cobrar la consciencia de no haber logrado transformar y realizar esta posibilidad temporal en temporalidad significativa, terror al olvido.

Y el olvido es un elemento exquisitamente holista. La memoria es el almacén del holismo de las historias. Los recuerdos están constituidos por la alteridad de los otros.

Los recuerdos son memoria de las relaciones humanas.

The way my friends have rallied around me is wonderful. (...). They are not intoxicated as I am by my illness, but sobered. Since I refuse to, they've taken on the responsibility of being serious. (...) Yet one of the effects of their fussing over me is that I feel vivid, multicolored, sharply drawn. On the other hand- and this is ungrateful- I remain outside of their solicitude, their love and best wishes. I'm isolated from them by the grandiose conviction that I am the healthy person and they are the sick ones. Like an existential hero, I have been cured by the truth while they still suffer the nausea of the uninitiated. (5-6)

La socialidad asume, en el concepto de la enfermedad, una articulada complejidad en la que la valencia del holismo narrativo se hace problemática y dibuja los conflictos entre esfera privada y esfera pública.

En primer lugar, la enfermedad pone en relieve la constitución única y unitaria de la persona, que es subjetividad relacional y relacionada.

En la dualidad de las dimensiones corpóreas, en cuanto sujeto y objeto, se esconde el núcleo de la socialidad en cuanto problema.

La privacidad del 'padecer' la propia corporeidad como carne que duele, sanciona el aislamiento del paciente respecto a los otros. El dolor es una celda.

En segundo lugar, el dolor de la carne desvela al paciente otras dimensiones de la realidad que le hacen percibir una suerte de distancia respecto a la dimensión de la otredad de los otros. El dolor encierra al sujeto dentro de la intransferibilidad de sus sensaciones.

En tercer lugar, la percepción de tal distancia ocasionada por el sufrimiento permite observar críticamente la realidad social.

La enfermedad disminuye, en este sentido, la defragmentación del sujeto proyectado en la división y en la variedad de las identidades y roles.

Dentro de la enfermedad el sujeto es completamente unitario: es cuerpo que sufre.

(...) I've been feeling exalted since I heard the diagnosis. A critical illness is like a great permission, an authorization or absolving. It's all right for a threatened man to be romantic, even crazy, if he feels like it. All your life you think you have to hold back your craziness, but when you're sick you can let it out in all its garish colors. (23)

Anatole elige interpretar su enfermedad en cuanto liberación de los esquemas que, culturalmente, vienen impuestos al paciente.

Como hemos visto, la realidad de la enfermedad también se caracteriza por una configuración holista, cultural y social de las semánticas comportamentales.

También el espacio sanitario es un 'teatro' en el que personas y personajes actúan según una división de roles.

Anatole elige actuar como él mismo: crea su personaje y hace de la enfermedad misma otro actante en su propia historia.

When people heard that I was ill, they inundated me with stories of their own illness as well as the cases of friends. Storytelling seems to be a natural reaction to illness. People bleed stories, and I've become a blood bank of them.

The patient has to start by treating his illness not as a disaster, an occasion for depression or panic, but as a narrative, a story. Stories are antibodies against illness and pain. (19-20)

Writing is counterpoint to my illness. It forces the cancer to go through my character before it can get to me. (23-24)

My laboratory is literature, and cures have been found here, too, for all kinds of ills. (29)

'Reduciendo' su cáncer a carácter, Anatole logra transformar la enfermedad en historia, distanciarse de ella, no dejarse devorar por el sufrimiento, sino guiarlo por los senderos de la narrativa.

I would advise every sick person to evolve a style or develop a voice for his or her illness. In my own case I make fun of my illness. I disparage it. This wasn't a deliberate decision; the response simply came to me. Adopting a style for your illness is another way of meeting it on your own grounds, of making it a mere character in your narrative. (...)

When you're ill instinctively fear a diminishment and disfigurement of yourself. It's that, more than dying, that frightens you. You're going to become a monster. I think you have to develop a style when you're ill to keep from falling out of love with yourself. It's important to stay in love with yourself. That's known as the will to live. And your style is the instrument of your vanity. (62)

Reificando y poniendo una distancia entre sí mismo y su enfermedad, Anatole establece los límites de su vida: no permite al cáncer anular la significatividad de la temporalidad.

Anatole transforma así su enfermedad en un evento relacional.

Tratar el propio cáncer como narrativa, implica personalizarlo, no ser mera víctima de ello, sino oponerle el propio Deseo, moldearlo según un personal 'estilo'.

When I got out of the hospital my first impulse was to write about my illness. While sick people need books like *The transit of Venus* to remind them of the life beyond their illness, they also need a literature of their own. Misery loves company- if it's good company. (12)

I am not a doctor, and even as a patient I'm a mere beginner. Yet I *am* a critic, and being critically ill, I thought I might accept the pun and turn it on my condition. My initial experience of illness was as a series of disconnected shocks, and my first instinct was to try to bring it under control by turning it into a narrative. Always in emergency we invent narratives. We describe what is happening, as if to confine the catastrophe. (19)

Anatole ha hecho de su cáncer un evento *intra-* e *inter-* subjetivo. Si, por un lado, escribió este relato para los demás, para vencer el olvido, para romper las barreras de la memoria y para dejar una huella de su vida y de su muerte (la escritura siempre es para los demás), por otro, lo ha hecho también para sí mismo. La narrativa desvela significados ocultos que, quedándose en lo no-dicho, no poseen configuración alguna. Es una autoexplicación, una autoafirmación y un autoreconocimiento que tiende a la alteridad de los otros.

La narrativa es, pues, acción creativa, liberación que se opone, dialécticamente, a la dimensión de pasividad del *homo patiens* y la transforma en reflexividad de un sí mismo encarnado.

Si la enfermedad es una celda, la narrativa es lo que nos permite sentirnos libres también dentro de ella.

Metaforizar la enfermedad implica crear símbolos, configurar la realidad de modo personal, e inaugurar un intercambio semántico con el mundo externo.

Los símbolos, como hemos visto, conectan la esfera de la interioridad con la realidad externa. El lenguaje, en este sentido, desvela toda su constitución intersubjetiva e interpersonal.

De este modo, la subjetividad viene a autodescubrirse en cuanto individuo holísticamente interconectado a un mundo ya existente y exterior. Tal autodescubrimiento sanciona un autoreconocimiento y un sentido de la identidad y pertenencia.

Así, podríamos decir que la identidad personal es la identidad narrativa inaugurada por el intercambio comunicativo de las historias. La autoconciencia viene, pues, a desarrollarse a partir y dentro de este *humus* de herencias culturales, sociales, morales, religiosas, etc...que hemos denominado *holismo narrativo*.

A partir de eso, resulta evidente cuál es la importancia de desarrollar y practicar lo que hemos llamado *medicina narrativa*.

La acogida de la alteridad del otro mediante la escucha de su relato implica el reconocimiento y la atestación de su estatuto de persona humana.

Anything is better than an awful silent suffering.

I sometimes think that silence can kill you, like that terrible scene at the end of Kafka's *The Trial* when Joseph K. dies speechlessly, "like a dog." (...)

To die is to be no longer human, to be dehumanized- and I think that language, speech, stories, or narratives are the most effective ways to keep our humanity alive. To remain silent is literally to close down the shop of one's humanity. (20)



El médico, dicho en otras palabras, debería esforzarse por entender que la enfermedad presentada por su paciente, es un acontecimiento que atañe entrañablemente a su propia corporeidad, es decir, su propia existencia básica, su temporalidad en cuanto posibilidad de vida.

El médico debería reconocer esta valencia existencial de la enfermedad e intentar interpretarla no simplemente en cuanto ejemplo práctico de una taxonomía general y abstracta, sino en cuanto evento y experiencia insertada dentro de una vida.

Acoger un *illness narrative*, en este sentido, implica tender un puente comunicativo sobre el abismo de la intransferibilidad e incomunicabilidad del dolor y del sufrimiento.

La narrativa reta esta barrera, volviéndose voz del cuerpo, de la carne que duele. La medicina narrativa intenta re-humanizar el dolor gracias a la apertura del espacio sanitario hacia la humanidad del paciente. Tal apertura implica, pues, el reconocimiento de la persona del enfermo.

En la comunicación, el dolor y el sufrimiento fluyen y se estructuran dentro y a través de la construcción lingüística y semántica del relato. Y la corporeidad encuentra en ellas su valor ontológico y existencial auténtico, es decir, su valencia fundante de la identidad personal. Aceptar y escuchar el relato del paciente quiere decir reconocer su identidad, atestarla y afirmarla.

Tal apertura funda lo que Ricoeur ha definido el *pacto de cura basado en la confianza*.

Esa confianza es el prerequisite para la inauguración de una, eventualmente, buena relación médico-paciente.

Now that I know I have cancer of the prostate, the lymph nodes, and part of my skeleton, what do I want in a doctor? I would say that I want one who is a close reader of illness and a good critic of medicine. I cling to my belief in criticism, which is the chief discipline of my own life. I secretly believe that criticism can wither cancer. Also, I would like a doctor who is not a talented physician, but a bit of a metaphysician, too. Someone who can treat body and soul. There's a physical self who's ill, and there's a metaphysical self who's ill. When you die, your philosophy dies along with you. So I want a metaphysical man to keep me company. To get to my body, my doctor has to get to my character. He has to go through my soul. (40)

Broyard transforma su cáncer en personaje con el fin de distanciarse de él, de no morir como persona antes de morir físicamente. En este sentido, Anatole está dibujando un espacio de 'juego', una realidad ficticia que le permita sobrellevar y soportar el peso de la realidad. Su pretensión es, pues, que su médico entienda esto y entre en este 'juego', que sepa interpretar esta inteligencia literaria y que ateste la valencia personal y humana de Anatole frente a sí mismo.

Broyard quiere un médico que le escuche, que le entienda y le trate como persona:

I thought, I can't die with this man. He wouldn't understand what I was saying. I'm going to say something brilliant when I die. (38)

Y para acceder a su persona, el médico deberá encontrar y entender su carácter y su personaje. El médico viene así llamado a entrar

dentro de su historia, dentro de las dinámicas literarias que él ha elegido para personalizar su propia enfermedad.

Not every patient can be saved, but his illness may be eased by the way the doctor responds to him- and in responding to him the doctor may save himself. But first he must become a student again; he has to dissect the cadaver of his professional persona; he must see that his silence and neutrality are *unnatural*. (57)

Entrar dentro del relato del paciente implica entrar en diálogo con él, quiere decir afirmar y confirmar su *ser capax* aún dentro de la condición de *ser patiens*.

En pocas palabras, escuchar el relato del otro implica devolverle el sentido de su autoestima.

To the typical physician, my illness is a routine incident in his rounds, while for me it's the crisis of my life. I would feel better if I had a doctor who at least perceived this incongruity. I don't ask him to love me- in fact, I think the role of love is greatly exaggerated by many writers on illness. (...) I see no reason or need for my doctor to love me- nor would I expect him to suffer for me. I wouldn't demand a lot of my doctor's time: I just wish he would *broad* on my situation for perhaps five minutes, that he would give me his whole mind just once, be *bonded* with me for a brief space, survey my soul as well as my flesh, to get my illness, for each man is ill in his own way. I think that the doctor can keep his technical posture and still move into the human arena. (...) I see no reason why he has to stop being a doctor and become an amateur human being. (...) I don't expect my doctor to sound like Oliver Sacks, but I do expect some willingness to make contact, some suggestion of availability. (43-44)

Negar al paciente la posibilidad de ser escuchado significa reificar su persona, metaforizarla y, quizás estigmatizarla igualándola a la enfermedad misma.

Escuchar implica reconocer no simplemente el valor intrínseco de su cuerpo, sino más profundamente de su corporeidad. Por ende, implica subrayar la importancia cualitativa de su temporalidad, es decir, de su vida.

Just as he orders blood tests and bone scans of my body, I'd like my doctor to scan *me*, to grope for my spirit as well as my prostate. Without some such recognition, I am nothing but my illness.

While he inevitably feels superior to me because he is the doctor and I am the patient, I'd like him to know that I feel superior to him, too, that he is my patient also and I have my diagnosis of him. There should be a place where our respective superiorities could meet and frolic together. Finally, I would be happier with a witty doctor who could appreciate the comedy as well as the tragedy of my illness, its quirks and eccentricities, the final jokes of a personality that has nothing further to lose. (45)

La medicina narrativa no postula ni pretende el sacrificio humano del médico, ni la martirización de su propia identidad emocional o personal en la inútil e imposible tarea de cargar y asumir un sufrimiento que es intransferible.

Practicar la medicina narrativa no es sustituirse en el dolor o en la soledad ontológica de la enfermedad.

Es más bien un acercamiento que se esfuerza por colocar el valor de la vulnerabilidad y labilidad humana en el centro del cuidado y de la cura clínica.

Enfatizar la atención hacia el valor de la vulnerabilidad implica elegir, reconocer y acompañar al paciente en el sufrimiento.

A menudo, el médico no puede salvar un paciente.

Sin embargo, siempre puede elegir abrirse en un ¡heme aquí! que es aceptación y reconocimiento de su humanidad.

When a doctor refuses to acknowledge a patient, he is, in effect, abandoning him to his illness. (50)

Ahora bien, podríamos decir que en el reconocimiento de la humanidad del paciente se anida una de las modalidades de realización personal de la identidad del enfermo.

Esto nos ha parecido, por lo menos, unos de los mensajes que Broyard ha intentado comunicarnos.

Su vida se ha realizado dentro de una dimensión literaria en la que, necesariamente, su enfermedad se ha insertado. Coherentemente con esto el cáncer se vuelve para él evento que le permite descubrir el valor de su temporalidad vivenciada; el valor de los instantes que constituyen el entramado de su existencia. El cáncer se revela ocasión para descubrir también muchos elementos de su propia vida y personalidad. Y también para seguir valorando el tiempo que le queda.

Paradójicamente, la muerte le permite vislumbrar el sentido que para él tiene su vida. Es la vida, finalmente, lo que le 'intoxica'.

Y es exactamente esto lo que le permite transformar el cáncer en *kairós* creativo: ocasión en cuanto asunción fértil del espacio y del tiempo, realización plena de su propia corporeidad y de su temporalidad.

Anatole había anticipado todo esto escribiendo y relatando la muerte de su padre. Allí había experimentado, sentido y percibido la fuerza creadora del lenguaje.

A través de la narración de ese episodio, Anatole estaba asumiendo, quizás, el peso de la muerte paterna. Sin embargo, esta asunción viene a ser absoluta y completa en el momento en que se realiza en su propia carne.

Su vida se reconcilia perfectamente con el sufrimiento relatado: su corporeidad asume y re-elabora, en forma absolutamente personal, la temporalidad de su existencia.

Temporalidad que es holismo narrativo, circularidad existencial, en la condici3n de las historias.

Anatole respira el último respiro del padre.

[...]

Here we are again. Another encounter in our endless series. I was actually glad to see him. I remembered then that I had refused to put him in that dovecote which was lined with loving cups commemorating games lost and races run. I took the box inside, and without opening it I placed it on the bookshelf.

I'd heard that ashes were supposed to be scattered from a hilltop to the four winds, or poured into the headwaters of a river going out to sea, but as I looked at the box on the shelf, I knew that those were not our ways. We knew each other much too well for that kind of make-believe. My mind was working with an unprecedented sureness, and without going into all the details,

it gave me to understand one thing very clearly. It was my job to sift those ashes, and sift them I would, until he rose from them like a phoenix. (132)

Apoya las cenizas en la estantería, llena de libros.

Su mente ha vuelto ahora a funcionar, tras el silencio emocional de la agonía paterna.

Allí, dentro de la urna, está su padre. Allí, en la estantería, están sus libros.

Entiende, ahora, sólo ahora, perfectamente bien: el caos se ha abierto, empezando a disolverse, a tomar forma.

Entiende, ahora, sólo ahora, perfectamente.

Desde el caos, desde las cenizas, surgirán nuevas palabras.

Quizás la inmortalidad sea esto: volverse literatura.





## Conclusiones

El interés de este trabajo ha sido el de delinear una ética y una medicina narrativa fundamentadas en la actualización del pensamiento hermenéutico de Paul Ricoeur.

Hemos intentado reconstruir el perfil de una identidad humana caracterizada por los rasgos de la labilidad, del conflicto y de la mediación. Una identidad personal necesariamente encarnada, libre e insertada de modo irreductible en una red semántico-simbólica, o sea, lingüística.

Para hacer esto hemos utilizado la metodología hermenéutica delineada por Ricoeur en sus análisis, desde *Finitud y culpabilidad* hasta *Sí mismo como otro*. Hemos actualizado, pues, su reconstrucción lingüística de la cultura y de la religión a través de los símbolos mitológicos a las problemáticas planteadas por la enfermedad dentro del horizonte de la existencia humana. Hemos entonces trazado el perfil de una identidad narrativa caracterizada por los rasgos de la corporeidad, de la labilidad (corpórea, emocional-afectiva y cognoscitiva) y de la libertad.

Esto ha desembocado en la delineación de una antropología filosófica del cuerpo, de las pasiones y del conocimiento que nos han restituido una constitución ontológica humana "quebrada". En tal quiebra se han venido individuando los factores de la enfermedad y, eventualmente, de la muerte, en cuanto elementos que tematizan la temporalidad existencial y el sentido de la vida humana misma.

Tales factores se han presentado en cuanto lingüísticamente estructurados; forjados a partir de aquel mismo *holismo narrativo* que es, en último análisis, matriz de la identidad y de la subjetividad humana.

La interrelacionalidad inscrita en la constitución personal ha resultado ser índice de una pasividad (cuyas instancias eran el cuerpo, la alteridad y la interioridad) fundante de la identidad de la persona. Así, la pasividad, o sea la alteridad del cuerpo y del tiempo en cuanto horizontes de la labilidad y finitud humanas, resultan ser los elementos que inauguran la apertura creativa de la dimensión lingüística y de la actividad. Lenguaje y acción se presentan como tentativa esencial de superación del límite ontológico en el despliegue de un orden semántico-metafórico que modifica la realidad bruta de los hechos y de los acontecimientos. Así la reconfiguración narrativa distiende la dimensión significativa y valorativa, creando así la realidad de la *Lebenswelt* de los hombres.

La metáfora es, como dice Ricoeur, elemento generativo no sólo de ulteriores figuras retóricas, sino propio de nuevas configuraciones de la realidad.

La 'diferencia ontológico-existencial' del ser humano es el índice del conflicto y de la mediación entre finitud e infinitud del hombre. El lenguaje y la acción se presentan, pues, en cuanto espacio de reconciliación entre el sujeto y las discrepancias temporales de la existencia.

En la dialéctica entre las modalidades temporales de la identidad *ipse* e la *idem*, *arqueología* y *teleología*, memoria y promesa, la identidad narrativa se presenta en cuanto mediación. El orden narrativo, gracias a su distensión lingüística, sanciona y otorga valores semánticos, haciendo de la realidad del mundo una realidad humana. En tal atribución y creación de significados, los acontecimientos vienen configurados en cuanto experiencia. Así la dimensión lingüístico-semántica se presenta como puente relacional que conecta la esfera corpóreo-subjetiva a la

de la realidad mundanal. En tal óptica, los hechos mismos revelan su carácter conflictual y no apodíctico, abierto a la interpretación de un sujeto dinámicamente estructurado. *Homo capax* y *homo patiens* se presentan en cuanto modalidades de un ser humano que lucha por el reconocimiento de su propia identidad forjada en una realidad holística.

Los relatos, las biografías de los sujetos se revelan en cuanto composiciones narrativas multivocales, voces de cuerpos, existentes dentro de historias previas. El ser humano sería un flujo de tradiciones, herencias históricas, conjunto de premisas existenciales a partir de las cuales cada uno escribiría la propia biografía. Tales herencias, que son básicamente narrativas y lingüísticas, constituyen el *humus*, las condiciones (sin embargo, no los condicionamientos) de escritura de la historia: cada sujeto es así co-autor de la propia vida en la facticidad de las elecciones y de las acciones que decide y elige cumplir.

Las historias de los demás resultan ser, pues, el entramado narrativo-holista dentro del cual el sujeto viene a ser identificado por los otros.

Así, superando las aporías del problema de la temporalidad y del *anclaje* del yo, la identidad narrativa se presenta en cuanto cumplimiento de la teoría de la reflexividad de la enunciación cual criterio de identificación de un yo que ya no es simple pronombre lógico-gramatical (según las teorías de la referencia identificante y la de la referencia-a-sí), sino *persona humana* encarnada y capaz.

En la recuperación de la relación de semántica y pragmática del discurso, Ricoeur funda su teoría de la persona en cuanto corporeidad comprometida y empeñada en una historia concreta que es *biografía*, en el diálogo con la alteridad, y dentro de instituciones justas.

Podríamos detectar, en el pensamiento de Ricoeur, una estructura triádica que se repite en distintos niveles de sus análisis y que refleja la dimensión de la subjetividad, de la comunidad y la de la reflexión. Así, por ejemplo, en el plano lógico-analítico, Ricoeur ha hablado de teoría de la referencia identificante (que correspondería al nivel subjetivo), referencia-a-sí (en cuanto insertada dentro de la dinámica pragmática de la situación de interlocución), y la teoría de la reflexividad de la enunciación (en cuanto relación de la semántica y de la pragmática dentro del contexto de la interlocución entre un yo y un tú encarnados). En el plano moral, el nivel subjetivo correspondería a la estima de sí; el nivel comunitario a la estima del otro; mientras el nivel reflexivo sería el empeño en la creación de instituciones justas (en eso se incluye la honestidad del lenguaje en cuanto institución pública).

En el plano ético, la estima de sí se transformaría en reconocimiento de sí; la estima del otro en reconocimiento de la alteridad del otro, y el nivel de las instituciones en reconocimiento de la autoridad de la institución en cuanto elección de justicia.

La problemática del reconocimiento es, en este plano, fundante de la conflictualidad de la constitución del mundo en cuanto humana e interrelacional: la diada reconocimiento/lucha por la identidad se revela en cuanto clave interpretativa de los conflictos entre esfera subjetiva y comunitaria.

La relevancia de esto viene subrayada en el plano deontológico, donde el reconocimiento se vuelve respeto: hacia sí mismo (cuyas instancias principales son hacia la dimensión de la corporeidad, de la esfera psicológica, cultural y afectiva); hacia el otro; hacia las instituciones.

La constitución del sujeto resulta, pues, profundamente interrelacionada con la alteridad de los otros y de las instituciones: el lenguaje, que es institución intercomunicativa dentro de las comunidades humanas, es la institución que funda la realidad de la subjetividad y de la otredad.

Ahora bien, actualizando esta argumentación en el ámbito de la enfermedad, se podría decir que la identidad narrativa es la instancia a través de la cual es posible llevar a cabo un proceso de reconocimiento del paciente en cuanto persona humana. Tal actualización ha desembocado en el perfil de una ética narrativa aplicada a la práctica clínica.

Desde un punto de vista metodológico esta operación conllevaría el desarrollo de algunas *narrative skills* orientadas a ampliar la capacidad de comprensión de la configuración de la realidad y de los comportamientos y, eventualmente, la elaboración de un sentido de empatía. Esto implica, en primer lugar el despliegue de una mejor capacidad interpretativa de los datos clínicos y existenciales del enfermo; en segundo lugar, un cambio de perspectiva en la consideración sobre la medicina, su real tarea y su concreta práctica en el espacio público; en tercer lugar, una modificación de la concepción acerca del rol que la medicina desempeñaría en la sociedad; en cuarto lugar, una re-humanización del espacio clínico que se abriría ahora a la escucha del paciente, a la acogida de su humanidad herida, es decir, al reconocimiento de su persona; en quinto lugar, implica volver a colocar el valor de la vulnerabilidad en el centro del cuidado médico; en último lugar, conlleva una modificación del concepto de bioética y de las fases que guían, en este ámbito, el *decision-making process*.

Insertar el método narrativo en la práctica médica quiere decir formar a los estudiantes para las lecturas de textos complejos: aprender a

penetrar las dinámicas narrativas de los relatos; pensar *dentro* del relato y no meramente *a partir de él*. La narrativa, de hecho, presenta mundos posibles, alternativas existenciales, dimensiones de la alteridad: ficción y realidad tienen la misma valencia.<sup>430</sup>

Enseñar a entrar y a entender las dinámicas narrativas, implica enseñar a aceptar la alteridad del otro que relata, sus elecciones comportamentales y su distinto mundo de valores; quiere decir ponerse en el lugar del otro. Analizar tales dinámicas del relato ajeno no implica necesariamente la expresión de un juicio, sino más bien la comprensión de roles, razones, motivos, deseos, miedos, etc...

Entender las líneas biográficas y cumplir variaciones imaginativas implica preguntarse: ¿Quién relata?. ¿Quiénes son los otros actantes?. ¿Qué roles tienen en la historia? Esto quiere decir, volver a atribuir el rol de personaje a la persona enferma, y situar a los demás miembros del grupo en su espacio narrativo, entendiendo así las distintas clases de acciones que respectivamente pueden llevar a cabo en un *illness narrative*.

Ahora bien, la aplicación de la ética narrativa a la práctica clínica ha dado lugar a la delineación de una *medicina narrativa*: una práctica que, a través de la acción de relatar, aspira a comprender las personas en su propio contexto familiar, para poder buscar y encontrar respuestas a las necesidades de los pacientes.

---

<sup>430</sup> Tod Chambers, muy sugestivamente dice: "The dichotomy that I have been interested in attacking has not been that there is no real difference between a real case and a fictional one- a difference between unconstructed and constructed cases- but that this difference in the end does not matter. Real people and real events must be turned into representations when they are transformed into narratives. I believe, however, that bioethicists enters into an important area when it attempts to apply the ideas of moral philosophy to plausible narrative of moral problems, especially in the bioethicists movement's engagement with *phronesis*." T. Chambers, *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999, pg. 176.

La medicina narrativa se esfuerza por ampliar el contexto en el que se desarrolla el proceso de la toma de decisiones introduciendo en él el *background* cultural, familiar del paciente, en la consideración de la persona en cuanto absolutamente holista.

La tarea de la medicina narrativa es la de llevar a cabo un proceso de reconocimiento de la persona del paciente, en cuanto sujeto constituido por una compleja red relacional-afectiva.

La medicina narrativa resalta la importancia del contexto holístico que constituye la persona humana y que estructura su misma corporeidad. El acercamiento narrativo conllevaría una mejora de la calidad de la relación médico-paciente en cuanto intenta poner la persona del paciente en el centro de la atención médica.

La ética y la medicina narrativa se presentan, pues, como alternativa al proceso de deshumanización que domina, desde hace unas décadas, la práctica clínica, deshumanización que se explicita desde las problemáticas prácticas de asistencia al morir hasta la formulación de hábitos lingüísticos que subrayan una distancia emocional entre el paciente y los profesionales sanitarios. Se trata de una reificación-metaforización que convierte las relaciones humanas, en el ámbito hospitalario, en intercambio comunicativo aséptico.

La medicina narrativa, en cambio, sitúa el valor de la vulnerabilidad del paciente en el corazón de la práctica clínica, transformando el espacio sanitario en espacio del cuidado, y haciendo de la relación médico-paciente un lugar de negociación con la enfermedad.

Consecuencia de esto es, básicamente, un cambio valorativo en la semántica de tales palabras como: 'asistencia', 'cuidado', 'salud', 'enfermedad', 'muerte'.

Mientras que la medicina se concentra más bien sobre el aspecto fisiológico-biológico de la salud de las personas, la medicina narrativa amplía tal concepto a la red holística en la que la persona enferma está insertada. 'Salud' viene a ser un conjunto de equilibrios narrativos en los que el sujeto logra compaginar su historia con la de los demás. Concentrarse sobre la esfera holística de esta palabra implica, por tanto, una ampliación de las posibilidades terapéuticas: no siempre el bien establecido por la medicina o por los cuatro principios de la bioética principialista corresponderá matemáticamente al bien de este concreto paciente o al que él cree tal. En este sentido, la ética y la medicina narrativa ofrecen los instrumentos para entrar dentro de la dinámica narrativa del paciente, para entender y comprender mejor las opciones existenciales que puede elegir. En esta óptica, el relato mismo se vuelve *therapeutic narrative* : por un lado, la acción de relatar ayuda a cumplir variaciones imaginativas también acerca de las posibles terapias; por otro, ayuda el paciente a autopercebirse en cuanto personaje de su historia, a apropiarse así de las vivencias de la enfermedad, haciéndola suya y no siendo mera víctima de hechos adversos.

La medicina narrativa sitúa en el centro de la atención sanitaria el valor del sujeto en cuanto vulnerable. Pone, pues, el acento sobre los conceptos de responsabilidad y cuidado hacia el sujeto enfermo. Se esfuerza por ampliar, pues, el margen del proceso de toma de decisiones, involucrando en ello también a los miembros del grupo al que el enfermo pertenece (sus familiares, amigos, etc...) y, sobre todo, el paciente mismo.

La enfermedad y la muerte vienen a ser entendidas, de este modo, como acontecimientos 'públicos' y no como eventos privados y lejanos.



La medicina narrativa inserta en la práctica clínica y decisonal, la noción de persona en cuanto sujeto complejo, vivo, capaz de saber qué es lo mejor para sí, es decir, capaz de autoestimarse en cuanto *capax* y de autoreconocerse en sus actos.

La crítica que la ética narrativa dirige al concepto de salud puede venir ampliada a un discurso sobre la sociedad occidental y su estadio de desarrollo, no simplemente tecnológico-científico, sino más peculiarmente cultural. Tal polémica adquiere aquí un sentido mucho más profundo, en la consideración de los problemas de justicia social que la medicina modernista suscita. De hecho, justamente el problema de la tensión hacia una especialización tecnológica y económica propia de las sociedades occidentales, crea una situación de desequilibrio con respecto a los países en vía de desarrollo.

En este sentido, la idea de lograr transformar la salud en un bien público mundial se revela una hipocresía occidental. La monopolización de los intereses y de los medios hace que esta tarea sea simplemente utópica. Si el interés del occidente, es decir, del poseedor de los principales medios económicos del mundo, es el de prolongar la vida con medios técnicos, o sea, invertir los fondos en investigación tecnológica, el interés de los países en vía de desarrollo es completamente otro, dado que ellos se encuentran enfrentados todavía con patologías que han perdido relevancia en esta parte del mundo. Antes de poder hablar con honestidad de la salud en cuanto bien público mundial, derecho que todo ser humano posee en virtud de su humanidad, deberíamos ser capaces de llevar a todos los países a un estado de equilibrio que, en realidad, no tenemos el interés de lograr; deberíamos ser capaces de invertir los medios económicos en algo más valioso pero para nosotros menos rentable: es decir, el respeto de los derechos humanos básicos.

Recuperar la consideración de la salud en cuanto bien que sea un derecho de todos quiere decir volver a pensar el mismo concepto de salud; no considerarla así un bien de mercado a disposición de cuantos tienen recursos económicos suficientes para comprar medios diagnósticos y terapéuticos. Se trata, en cambio, de llevar a cabo un proceso de humanización de la salud, creando las bases políticas y económicas para que la salud realmente sea algo que, naturalmente, venga asegurado a todos los seres humanos. La reducción de la salud a términos económicos es la principal fuente de discriminación social que acontece de manera sutil y sistemática en nuestras culturas. Los conflictos que surgen en el ámbito sanitario entre la administración del interés privado del paciente y el interés público de la salud en cuanto derecho asegurado por la institución de la sanidad pública, nacen justamente por esta reducción del concepto de salud a su nivel biológico.

La ética narrativa puede entonces desenmascarar las hipocresías de estas sociedades, en cuanto introduce en la práctica clínica un elemento de reflexión profundo y problemático. No se trata de reducir todo a una actitud psicologizante: la ética narrativa no tiene nada de todo esto. Se trata más bien de volver a pensar en el valor de la vulnerabilidad de la persona humana en cuanto carácter propio de la humanidad misma, labilidad ontológica que se expresa en la vulnerabilidad del cuerpo humano y de sus derechos.

También desde el punto de vista de la bioética, la ética narrativa requiere volver a pensar en su estatuto. Esto implica que los valores considerados adecuados para tomar decisiones, en el ámbito bioético, sean absolutamente contextuales, y no inspirados en un sistema categorial-jurisprudencial. La toma de decisiones se desprende a partir

de un irreductible estar-en-situación. Los valores éticos son fruto de una herencia cultural e histórica, son absolutamente relativos a la situación en la que tienen que intervenir, en la dialogicidad del caso mismo, en la relacionalidad de las alteridades involucradas.

A través del análisis narrativo de los relatos de la enfermedad, análisis que tiene su base, primeramente, en la *escucha*, se podría cumplir un acto de atestación y aceptación de la persona que es el paciente. Atestación y aceptación que pasan, pues, por un reconocimiento ontológico y una apertura a la alteridad del otro que sufre.

La ética narrativa quiere desenmascarar todos aquellos procesos (principalmente retóricos que crean hábitos lingüísticos, metáforas, que acaban estructurando la realidad clínica y cultural) en los cuales la práctica clínica occidental se refugia para evitar y exorcizar la proximidad del dolor, de la enfermedad y de la muerte. Devenir conscientes de ello implica asumir una perspectiva más humana y humilde sobre las situaciones conflictivas planteadas diariamente por la práctica clínica.

Lo que la ética narrativa pretende es que los médicos y los bioeticistas se vuelvan conscientes de esto: el lenguaje siempre es una ventana sobre el mundo de los acontecimientos, justamente porque la narrativa es lo que configura la realidad humana.

Así también los *illness* y los *disease narratives* otra cosa no son sino versiones de la realidad, cada una con una legitimidad propia pero parcial. No se trata entonces de cumplir un *Aut Aut* entre el modelo de la *evidence-based-medicine* y la *narrative-based-medicine*, sino una integración entre estos dos acercamientos para intentar lograr una medicina que sea eficaz pero, al mismo tiempo, más humana.

Así, en el plano de la bioética, no se trata de rechazar completamente la *principle-based ethics*, sino más bien de empezar a individuar cuáles son sus límites y abrirlos a la interrelacionalidad con la alteridad de un tiempo histórico distinto.

En conclusión, podríamos decir que el pensamiento de P. Ricoeur puede proveer una legítima base fundacional al discurso sobre la ética y la medicina narrativa.

La medicina narrativa se presenta en cuanto modelo polémico en contra del proceso de deshumanización de la actual práctica clínica; su tarea es, pues, la de volver a situar, en el centro de la medicina, los valores de la vulnerabilidad, de la salud, del cuidado holísticamente entendidos y, sobre todo, el valor de la integridad del cuerpo y del paciente; de llevar a cabo un proceso de reconocimiento de la persona que es el enfermo; de sancionar las responsabilidades hacia el paciente.

Reconocer al paciente quiere decir llevar a cabo un proceso de atestación de su humanidad, de la dignidad de su corporeidad herida; implica abrirse a la alteridad del dolor en la escucha del relato, escucha que es, en última instancia, aceptación.

Reconocer al paciente implica otorgarle el derecho de seguir siendo co-autor de su propia vida, de interpretar la enfermedad no necesariamente como acontecimiento que interrumpe el flujo existencial, sino como eventual ocasión de busca de sentido, de reconciliación, de perdón, de reflexión sobre sí y sobre las propias relaciones. La enfermedad, en tal planteamiento, podría constituir un nuevo inicio narrativo que otorgue a la vida un significado profundo y desconocido, una coherencia inscrita en las discordancias concordantes de la biografía propia.

Reconocer y aceptar la humanidad y el ser persona del paciente quiere decir no abandonarlo, sino acompañarlo en el dolor; reconocer al paciente implica atestar su dignidad de persona, más allá de la muerte y del dolor.

Reconocer al paciente significa aceptar su relato en cuanto voz de la corporeidad quebrada: escuchar al paciente quiere decir reconocer y atestar su dignidad.



## Bibliografía de P. Ricoeur

- Ricoeur P., *...a philosophical journey from Existentialism to the Philosophy of Language*, "Philosophy Today", vol. XVII, 2/4, 1973, (88-96);
- Ricoeur P., *Amor y justicia*, Caparrós Editores, Madrid, 2001;
- Ricoeur P., *Caminos del reconocimiento*, Ed. Trotta, Madrid, 2005;
- Ricoeur P., *Creativity in language*, "Philosophy Today", vol. XVII, n. 2/4, 1973, (97-111);
- Ricoeur P., *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, Jaca Book, Milano, 2004;
- Ricoeur P., *Dalla metafisica alla morale*, en Ricoeur P., *Riflession fatta. Autobiografia intellettuale*, Jaca Book, Milano, 1998;
- Ricoeur P., *Dell'interpretazione*, en Ricoeur P., *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, Jaca Book, Milano, 2004;
- Ricoeur P., *El conflicto de las interpretaciones*, Ediciones Megápolis, Buenos Aires, 1975, vol. I-II-III;
- Ricoeur P., *El discurso de la acción*, Ed. Cátedra, Madrid, 1988;
- Ricoeur P., *El tiempo contado*, en "Revista de Occidente", n. 76, Sept. 1987, (41-64);
- Ricoeur P., *Ethics and culture*, "Philosophy Today", vol. XVII, 2/4, 1973, (153-165);
- Ricoeur P., *Finitud y culpabilidad*, Taurus, Madrid, 1982;
- Ricoeur P., *Historia y narratividad*, Paidós, Barcelona, 1999;
- Ricoeur P., *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano, 1999;

- Ricoeur P., *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006;
- Ricoeur P., *Il mio cammino filosofico*, Lectio magistralis en la Universidad de Barcelona 24 de Abril 2001, en Jervolino D., *Introduzione a Paul Ricoeur*, Morcelliana, Brescia, 2003;
- Ricoeur P., *Interpretación*, en *Con Paul Ricoeur. Indagaciones hermenéuticas*, P. Ricoeur, D. Wood, S. H. Clark y otros, Mario Vald.es (coord.), Azul, 2000;
- Ricoeur P., *La lucha por el reconocimiento y la economía del don*, en Villaverde M.A., C. Baliñas Fernández, F. Henriques, J. Ríos Vicente (eds.), *Hermenéutica y responsabilidad. Homenaje a P. Ricoeur. Actas VII encuentros internacionales de Filosofía en el camino de Santiago, 20-22 de noviembre 2003*, Santiago de Compostela, Pontevedra, A Coruña, Universidad de Santiago de Compostela Publicaciones, 2005, (29-38);
- Ricoeur P., *La metáfora viva*, Jaca Book, Milano, 2001;
- Ricoeur P., *La persona*, Morcelliana, Brescia, 1998;
- Ricoeur P., *La semántica dell'azione*, Jaca Book, Milano, 1998;
- Ricoeur P., *Lo justo*, Caparrós Editores, Madrid, 1999;
- Ricoeur P., *Narratividad, fenomenología y hermenéutica*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (479-495);
- Ricoeur P., *Poder, fragilidad y responsabilidad*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (75-78);
- Ricoeur P., *Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato*, il Mulino, Bologna, 2004;



- Ricoeur P., *Riflession fatta. Autobiografia intellettuale*, Jaca Book, Milano, 1998;
- Ricoeur P., *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1999;
- Ricoeur P., *Sí mismo como otro*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, 1996;
- Ricoeur P., *Sobre un autorretrato de Rembrandt*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997 (23-24);
- Ricoeur P., *Structure- word- event*, "Philosophy Today", vol. XII, 2/4, 1968, (114-129);
- Ricoeur P., *The hermeneutical function of distanciation*, "Philosophy Today", vol. XVII, n. 2/4, 1973, (129-141);
- Ricoeur P., *The task of hermeneutics*, "Philosophy Today", vol. XVII, 2/4, 1973, (112-128);

### **Bibliografía sobre P. Ricoeur**

- Agís Villaverde M., *El sentido del ser interpretado*, en Valdés M. J., P. Ricoeur, D. Wood, Clark y otros, (coord.), *Con "Paul Ricoeur". Indagaciones hermenáuticas*, Azul, 2000;
- *Agora*, Papeles de Filosofía, vol. 25, n. 2, 2006, Número monográfico: P. Ricoeur;
- Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997;
- Arrizabalaga J., *Cultura e historia de la enfermedad*, en E. Perdiguero, J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios*

- entre la antropología y la medicina*. Ed. Bellaterra, Barcelona, 2000, (71-81);
- Azouvi F. y M. De Launay, *La experiencia estética (entrevista a P. Ricoeur)*, en Wood D., *Interpretando la narrativa, en Con Paul Ricoeur. Indagaciones hermenéuticas*, P. Ricoeur, D. Wood, S. H. Clark y otros, Mario Vald.es (coord.), Azul, 2000;
  - Bodei R., *Introduzione. L'arcipelago e gli abissi*, en Ricoeur P., *Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato*, il Mulino, Bologna, 2004;
  - Drake A., *Hablar, hacer, causar- La teoría de los actos de habla de J. L. Austin*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2001;
  - Fidalgo Benayas L., *Hermenéutica y existencia humana. El pensamiento de Paul Ricoeur*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1996;
  - Gabilondo A., *Quién cuida de sí*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (281-300);
  - Gadamer H.G., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano, 2000;
  - García Gómez-Heras J.M., *Ética y hermenéutica*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2000;
  - García Gómez-Heras J.M., *Historia y razón*, Colección Mezquita, 1985;
  - Grampa G., *Introduzione*, en Ricoeur P., *La metáfora viva*, Jaca Book, Milano, 2001;
  - Greisch J., *Hacia una hermenéutica de sí mismo: la vía corta y la vía larga*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (267-280);

- Grieco A., V. Lingiardi, *Introduzione. Il guaritore ferito*, en Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 1994;
- Husserl E., *Meditaciones Cartesianas*, Tecnos, Madrid, 1986;
- Husserl E., *Meditazioni Cartesiane*, Bompiani, Milano, 1997;
- Iannotta D., *Dopo la riflessione. Autobiografia in memoria di P. Ricoeur*, en Ricoeur P., *Riflession fatta. Autobiografia intellettuale*, Jaca Book, Milano, 1998;
- Iannotta D., *L'alterità nel cuore dello stesso*, en Ricoeur P., *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1999;
- Jervolino D., *Introduzione a Paul Ricoeur*, Morcelliana, Brescia, 2003;
- Jervolino D., *Para una lectura unitaria de P. Ricoeur*, en Villaverde M.A., C. Baliñas Fernández, F. Henriques, J. Ríos Vicente (eds.), *Hermenéutica y responsabilidad. Homenaje a P. Ricoeur. Actas VII encuentros internacionales de Filosofía en el camino de Santiago, 20-22 de noviembre 2003*, Santiago de Compostela, Pontevedra, A Coruña, Universidad de Santiago de Compostela Publicaciones, 2005, (295-307);
- Jervolino D., *Prefazione*, en Ricoeur P., *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006;
- Kemp P., *Ética y narratividad*, Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (317-332);
- Lapointe F. H., *A Bibliography on P. Ricoeur*, "Philosophy Today", Vol. XV, 1/4 Spring 1972, (28-33);
- Maceiras Fafian M., Trebolle Barrera J., *La hermenéutica contemporánea*, Ed. Pedagógicas, 1995;

- MacIntyre A., *After virtue*, Notre Dame University Press, Indiana, 2003;
- Merleau-Ponty M., *Fenomenología de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957;
- Merleau-Ponty M., *Fenomenologia della percezione*, Studi Bompiani, Milano, 2003;
- Navarro Cordón J. M., *Sentido y estatuto de la ontología hermenéutica*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (239-266);
- Pareyson L., *Verità e interpretazione*, Biblioteca di filosofia, Mursia, Milano, 1982;
- Pieretti A., *Per un nuovo paradigma della convivenza civile. Il bene oltre la giustizia*, en Villaverde M.A., C. Baliñas Fernández, F. Henriques, J. Ríos Vicente (eds.), *Hermenéutica y responsabilidad. Homenaje a P. Ricoeur. Actas VII encuentros internacionales de Filosofía en el camino de Santiago, 20-22 de noviembre 2003*, Santiago de Compostela, Pontevedra, A Coruña, Universidad de Santiago de Compostela Publicaciones, 2005, (95-108);
- Pieretti A., *Ricoeur: la fenomenologia della volontà come metodo di rinvio all'originario*, en Ricoeur P., *La semantica dell'azione*, Jaca Book, Milano, 1998;
- Poëggler O., *El conflicto de las interpretaciones*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (197-114);
- Rigobello A., *El hermoso riesgo de interpretar*, en Villaverde M.A., C. Baliñas Fernández, F. Henriques, J. Ríos Vicente (eds.), *Hermenéutica y responsabilidad. Homenaje a P. Ricoeur. Actas*

VII encuentros internacionales de Filosofía en el camino de Santiago, 20-22 de noviembre 2003, Santiago de Compostela, Pontevedra, A Coruña, Universidad de Santiago de Compostela Publicaciones, 2005, (121-129);

- Rigobello A., *Prefazione a Il conflitto delle interpretazioni*, en Ricoeur P., *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano, 1999;
- S. H. Clark, *El texto versus la acción en Ricoeur*, en Wood D., *Interpretando la narrativa*, en *Con Paul Ricoeur. Indagaciones hermenéuticas*, P. Ricoeur, D. Wood, S. H. Clark y otros, Mario Vald.es (coord.), Azul, 2000;
- Searle J. R., *Speech acts- An Essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980;
- Sierra J.A., *La "promesa" en Paul Ricoeur*, Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Facultate Philosophiae, Pontificia Universidad Gregoriana, Roma, 2002;
- Sini C., *La fenomenología y el problema de la interpretación*, en Aranzueque G. (ed.), *Lecturas y conversaciones con P. Ricoeur*, Cuaderno Gris, UAM, Madrid, 1997, (423-436);
- Strawson P., *Individuos- Ensayo de metafísica descriptiva*, Taurus, Madrid, 1989;
- Taylor C., *Human agency and language*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, voll. 1-2;
- Valdés M. J., *En torno a la filosofía y teoría literaria de P. Ricoeur*, en *Con "Paul Ricoeur". Indagaciones hermenéuticas*, Azul, 2000;
- Valdés M. J., P. Ricoeur, D. Wood, Clark y otros, (coord.), *Con "Paul Ricoeur". Indagaciones hermenéuticas*, Azul, 2000;

- Vansina F. D., *Paul Ricoeur, A primary and secondary bibliography (1935-1984)*, Biblioteque philosophique de Louvain, Ed. de l'Institut Supérieur de Philosophie Louvain-la-Neuve, 1985;
- Venema H. I., *Identifying selfhood. Imagination, narrative and hermeneutics in the thought of P. Ricoeur*, State University Press of New York, New York, 2000;
- Villaverde M.A., C. Baliñas Fernández, F. Henriques, J. Ríos Vicente (eds.), *Hermenéutica y responsabilidad. Homenaje a P. Ricoeur. Actas VII encuentros internacionales de Filosofía en el camino de Santiago, 20-22 de noviembre 2003*, Santiago de Compostela, Pontevedra, A Coruña, Universidad de Santiago de Compostela Publicaciones, 2005;
- Wittgenstein L., *Los cuadernos azul y marrón*, Tecnos, Madrid, 1976;
- Wittgenstein L., *Tractatus logico-philosophicus*, Alianza Editorial, Madrid, 1987;
- Wood D., *Interpretando la narrativa*, en *Con Paul Ricoeur. Indagaciones hermenéuticas*, P. Ricoeur, D. Wood, S. H. Clark y otros, Mario Valdés (coord.), Azul, 2000;

### **Bibliografía sobre ética y medicina narrativa**

- Beauchamp T.L. & J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 1999;
- Berger J. T. & M. Gunderson, *Say what you mean and mean what you say: a patient's conflicting preferences for care*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 1, Jan.-Feb. 2006, (14-15);

- Broyard A., *Intoxicated by my Illness*, Fawcett Columbine, New York, 1992;
- Chambers T., *The fiction of bioethics*, Routledge, New York, 1999;
- Charon R., M. Montello (eds.), *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, Routledge, New York, 2002;
- Chen L. C. & T. G. Evans, R. A. Cash, *La salud como bien público mundial*, en I. Kaul, I. Grunberg, M. A. Stern (eds.), *Bienes públicos mundiales- La cooperación internacional en el siglo XXI*, Oxford University Press, México, 2001, (304-324);
- Evans J. H., *A sociological account of the growth of principlism*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 5, Sept.-Oct. 2000, (31-38);
- Frank A. W., "How can they act like that?", "Hastings Center Report", vol. 32, n. 6, Nov.-Dec. 2002, (14-22);
- Frank A. W., *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1995;
- Friedman Ross L., *What is wrong with the physician charter on professionalism*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 4, July-Aug. 2006, (17-19);
- Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 1994;
- Goffman E., *Estigma- La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970;
- Good B., *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003;
- Greenhalgh T., *Narrative based medicine in an evidence based world*, "BMJ", 1999, n. 318, (323-325) (recuperado de [www.bmj.com](http://www.bmj.com) el 23/09/05);

- Gunderman R., *Illness as failure. Blaming patients*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 4, July-Aug. 2000, (7-11);
- Hoffmaster B., *What does vulnerability mean?*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, (38-45);
- Hurwitz B., *Narrative and the practice of medicine*, "The Lancet", 2000, n. 356, (2086-2089);
- Illich I., *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975;
- Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1980;
- Kleinman A., *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, Perseus Books Group, 1988;
- Lindemann Nelson H., *What child is this?*, "Hastings Center Report", vol. 32, n. 6, Nov.-Dec. 2002, (29-38);
- Mattingly C., *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004;
- Mattingly C., L. Garro (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2000;
- Merrit M., *Emotional reasoning*, en "Hastings Center Report", vol. 32, n. 5, Sept.-Oct. 2002, (45-46);
- Miller F.G. & A. Wertheimer, *Facing up to paternalism in research ethics*, "Hastings Center Report", vol. 37, n. 3, May-June 2007, (24-34);



- Moazam F., *Families, patients, and physicians in medical decisionmaking: a Pakistani perspective*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 6, Nov.-Dec. 2000, (28-37);
- Montello M., *Confessions and transgressiones: ethics and life writing*, "Hastings Center Report", vol. 36, n. 2, March-April 2006, (46-47);
- Montgomery Hunter K., *Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 1991;
- Morris D.B., *How to speak postmodern. Medicine, illness, and cultural change*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 6, Nov.-Dec. 2000, (7-16);
- Oyserman D., S.A. Fryberg, N. Yoder, *Identity-based motivation and health*, "Journal of personality and social psychology", vol. 93, n. 6, Dec. 2007, (1011-1027);
- Park D. C. & R.W. Morrell, K. Shifren, *Processing of medical information in aging patients*, Lawrence Erlbaum associates, publishers, Mahwah, New Jersey, 1999;
- Pascual R. O., *Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento*, en E. Perdiguero, J.M. Comelles (eds.), (2000), (227-248);
- Pellegrino E. D. & D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York, 1993;
- Pérez Marc G., *Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo*, "Arch Argent Pediatr 2007", n. 105, vol. 2, (134-142), [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar) (recuperado el 02/05/2008);
- Rothman D. J., *Strangers at the bedside. A history of how law and bioethics transformed medical decision making*, Aldine de Gruyter, New York, 2003;

- Simón P., *El consentimiento informado*, Ed. Triacastela, Madrid, 2000;
- Sontag S., *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002;
- Springer Loewy R., *Integrity and personhood*, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York, 2000;
- Zussman R., *The contributions of sociology to medical ethics*, "Hastings Center Report", vol. 30, n. 1, Jan.-Feb. 2000, (7-11);

### **Bibliografía consultada**

- Bauman Z., *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano, 1996;
- Bennet J., *A Whiteheadian theory of agent self*, "Philosophy Today", vol. XVII, 2/4, 1973, (337-342);
- Bernard C., *Introducción al estudio de la medicina experimental*, 1947;
- Beuchot M., *Perfiles esenciales de la hermenéutica*, UNAM, México, 2002;
- Bourgeois P., *Hermeneutics of symbols and philosophical reflection: Paul Ricoeur*, "Philosophy Today", vol. XV, 4/4, Winter 1971, (231- 241);
- Bourgeois P., *Paul Ricoeur's hermeneutical phenomenology*, "Philosophy Today", vol. XVI, 1/4, Spring 1972, (20- 27);
- Esclanda R., Russo F. (coord.), *Homo patiens. Prospettive sulla sofferenza umana*, Armando Editore, Roma, 2003;

- Forsey J., *Art and identity. Expanding narrative theory*, "Philosophy Today", vol. XLVII, 2003, (176-190);
- Frank G., "Life history", en A. Levinson and M. Ember (eds.), *Human relations area files at Yale University*, vol. II, New York: Henry, Holt&Company, 1996;
- Gillan G., *Toward the foundations of hermeneutics: the signifying flesh*, "Philosophy Today", vol. XVI, n. 1/4, Spring 1972, (4-12);
- Hahn R. A., *Sickness and healing*, Yale University Press, New Haven, 1995;
- Hoffmaster B., *Can ethnography save the life of medical ethics?*, "Social Science and Medicine", vol. 35, 1992, (1421-1431);
- Hogan J., *Gadamer and the hermeneutical experience*, "Philosophy Today" vol. XX, n 1/4, Spring 1976, (3-12);
- Hunsaker Hawkins A., *Reconstructing illness: studies in pathography*, Purdue University Press, West Lafayette Indiana, 1993, segunda edición 1999;
- Iannone M. T., *La salute dell'uomo tra scienza medica e filosofia*, "Medicina e Morale", vol. 2, 2007, (265-298);
- Kemp P. & Rasmussen D., *The narrative path*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1989;
- Lain Entralgo P., *El diagnóstico médico*, Salvat Editores, Barcelona, 1982;
- Lain Entralgo P., *Física y metafísica de la enfermedad humana*, en Lain Entralgo P., *Antropología médica para clínicos*, Salvat Eds., Barcelona, 1984;
- Lain Entralgo P., *La medicina actual: poderío y perplejidad (desde la Primera Guerra Mundial)*, en Lain Entralgo P., *Historia de la medicina*, Ed. Masson, Barcelona, 2004;

- Lain Entralgo P., *La relación médico-enfermo*, Revista de Occidente, Madrid, 1964;
- Montgomery Hunter K., "Don't think zebras": *uncertainty, interpretation, and the place of paradox in clinical education*, "Theoretical Medicine", 1996, n. 17, (225-241);
- Parsons T., *Indeterminate identity*, Clarendon Press, Oxford, 2000;
- Rawls J., *Justicia como equidad*, Tecnos, Madrid, 2002;
- Rawls J., *Teoría de la justicia*, Fondo de cultura económica, Madrid, 1993,
- Sackett D.L. & W.M.C. Rosenberg, Jam Gray, R.B. Haynes, W.S. Richardson, *Evidence-based-medicine: what it is and what it isn't*, "BMJ", 1996, n. 312, (71-72);
- Schutz A., *El problema de la realidad social*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1962;
- Silverman H.J., *Thinking and being: the essential relation*, "Philosophy Today", vol. XXI, n. 3/4, Fall 1977, (241-249);
- Stewart D., *Paul Ricoeur and the phenomenological movement*, "Philosophy Today", vol. XII, 4/4, 1968, (227-235);
- Tannenbaum S., *Getting there from here: evidentiary quandaries of the US outcomes movement*, "J. Eval. Clin. Pract.", 1995, n. 1, (97-103);
- Thompson J. B., *Critical hermeneutics*, Cambridge University Press, New York, 1981;
- Wall J., Schweiker W., Hall W.D., *Paul Ricoeur and contemporary moral thought*, Routledge, New York, 2002;
- Wiezsäcker von V., *El círculo de la forma*, Ediciones Morata, Madrid, 1962;

- [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org) (recuperado el 02/05/2008), *Council on Judicial and Ethical Affairs AMA, E- 8.08 Informed Consent*;
- [www.iss.it](http://www.iss.it) (recuperado el 10/01/08);



## Abreviaciones

- AJ:** P. Ricoeur, *Amor y justicia*, Caparrós Editores, Madrid, 2000;
- CI:** P. Ricoeur, *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano, 1999;
- CR:** P. Ricoeur, *Caminos del reconocimiento*, Ed. Trotta, Madrid, 2005;
- DA:** P. Ricoeur, *El discurso de la acción*, Ed. Cátedra, Madrid, 1988;
- ECI:** P. Ricoeur, *El conflicto de las interpretaciones*, Ediciones Megápolis, Buenos Aires, 1975, vol. I-II-III;
- FC:** P. Ricoeur, *Finitud y culpabilidad*, Taurus, Madrid, 1982;
- GM:** P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia, 2006;
- HN:** P. Ricoeur, *Historia y narratividad*, Paidós, Barcelona, 1999;
- MV:** P. Ricoeur, *La metáfora viva*, Jaca Book, Milano, 2001;
- RF:** P. Ricoeur, *Riflession fatta. Autobiografia intellettuale*, Jaca Book, Milano, 1998;
- SCA:** P. Ricoeur, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1999;
- SCO:** P. Ricoeur, *Sí mismo como otro*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, 1996;
- TA:** P. Ricoeur, *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, Jaca Book, Milano, 2004.