

*RAE*

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de MAGISTER EN FILOSOFÍA CONTEMPORÁNEA.
2. **TÍTULO:** LA ENFERMEDAD COMO METÁFORA: UNA APROXIMACIÓN HERMENÉUTICA.
3. **AUTOR:** Mario Néstor Benavides Fernández
4. **LUGAR:** Bogotá, D.C
5. **FECHA:** 4 de octubre de 2021
6. **PALABRAS CLAVES:** Enfermedad, Hermenéutica, Metáfora, Identidad, Construcción Social, Mimesis, Médico, Paciente, Narración, Variación Imaginativa
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El objetivo del presente trabajo es mostrar cómo la experiencia de la enfermedad plantea al enfermo la tarea de reescribir la propia historia de vida a la luz de ese acontecimiento disruptivo. Sobre todo se quiere comprender el papel que juega la metáfora en ese proceso.
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Hermenéutica, Historia de la enfermedad, Antropología Médica.
9. **METODOLOGÍA:** Trabajo exegético-hermenéutico. A partir de algunos conceptos claves de la hermenéutica de Paul Ricoeur se hace una aproximación al fenómeno de la enfermedad, para después, hacer un ejercicio de hermenéutico de aplicación en dos ejemplos literarios.
10. **CONCLUSIONES:** La obra de Ricoeur nos brinda conceptos fundamentales a la hora de deslindar la narrativa del enfermo de aquellas constricciones propias del discurso biomédico o de las versiones de su enfermedad que lo circundan en su vida cotidiana. Con la idea de la autonomía del texto se abren posibilidades de mundos en los que puede la persona enferma puede explorar otras posibilidades de ser. Si bien a través de la elaboración de una trama el enfermo construye una historia de vida que, de otro modo, quedaría reducida al plano de los eventos biológicos, hace falta emplear el “factor liberador” que le permita pasar de la configuración de un relato a la refiguración propiamente dicha del mundo de la praxis. Tal factor no es otro que el recurso a narraciones metafóricas que le permitan el acceso a otros mundos posibles, donde puede reconstruir su identidad trastocada.

**LA ENFERMEDAD COMO METÁFORA: UNA APROXIMACIÓN HERMENÉUTICA**

MARIO NÉSTOR BENAVIDES FERNÁNDEZ

Trabajo de grado para optar por el título  
de Magíster en Filosofía Contemporánea

Docente asesor

Dra. Diana María Muñoz González

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**MAESTRÍA EN FILOSOFÍA CONTEMPORÁNEA**  
**BOGOTÁ**  
**2021**

*A Lina Patricia Peña Mosquera, mi esposa*

*Totus tuus ego suum, Maria, et omnia mea tua sum*

## AGRADECIMIENTOS

A todos los que acompañaron este proceso con sus discusiones, comentarios, sugerencias y gestos generosos: En especial a mi hermano Germán Fernández, cómplice de lecturas y largos diálogos dominicales, a Lina Peña, mi esposa, que hace posible lo imposible, y al profesor Ángel Rivera por su apoyo y confianza a lo largo de esta maestría.

A Diana María Muñoz González, directora de este trabajo, por su confianza y su paciencia a lo largo de este proceso.

A Greta, el fiel felino que estuvo a mi lado a lo largo de la elaboración de este manuscrito y cuyo silencio cómplice me ayudó a sobrellevar con paciencia las horas más difíciles de este camino.

## Contenido

Introducción .....	6
Capítulo I . La enfermedad: Un fenómeno entre el discurso médico y el discurso metafórico....	11
1. La construcción social de la enfermedad .....	14
2. La metáfora .....	20
Capitulo II. La enfermedad y la hermenéutica de Paul Ricoeur .....	26
1. Identidad narrativa y enfermedad.....	26
2. El mundo del texto y la mimesis .....	29
3. Metáfora y reconfiguración de la identidad .....	36
Capitulo III. Metáfora, narración y enfermedad: dejar al enfermo hablar de sí mismo .....	44
1. Géneros narrativos sobre la enfermedad .....	45
2. Dos casos ejemplares sobre la metáfora y la enfermedad .....	50
Conclusiones .....	61
Bibliografía .....	66

## Introducción

Pocas instancias de la vida humana tienen tanta importancia como aquellas de la salud y de la enfermedad. En torno a ellas las sociedades han tejido a lo largo de la historia toda una red de normas, creencias y costumbres que, en muchos casos, han acabado por definir las características propias de los grupos humanos. Sobre todo la enfermedad está en el corazón de la existencia humana como un recordatorio de su finitud, de su carácter efímero, siendo ella el motivo de incontables sufrimientos en la vida de los seres humanos.

Si bien durante muchos siglos la enfermedad fue atribuida a la acción negativa de fuerzas mágicas, espíritus o demonios, con la paulatina desacralización del mundo moderno, tal explicación fue reemplazada por otras de carácter racional, al menos en el ámbito de la civilización occidental. Así pues, se consideró que la enfermedad se origina por un desequilibrio en los componentes del organismo humano o la acción de agentes vivos microscópicos. La desmitificación de la naturaleza tuvo como consecuencia que el médico adquiriera un papel preponderante no sólo en el cuidado de la enfermedad, sino en la propia definición de lo que era o no una enfermedad, y de quién estaba enfermo o no. Determinó así mismo quién era el legítimo cuidador de los enfermos, hasta que, por último y no menos importante, terminó por definir quién tenía la autoridad cultural para hablar sobre la enfermedad.

Ese privilegio sobre la enunciación del discurso de la enfermedad se acentuó a medida que la medicina ha pasado a depender cada vez más del laboratorio clínico. Sumado esto a la estructuración de sistemas de salud donde el enfermo es poco menos que una pieza anónima de un aparato burocrático, ha surgido en los últimos tiempos un claro malestar por dicha situación.

En su libro *Illness as Narrative*, Ann Jurecic (2012) apunta que, al contrario de lo que se podía esperar, durante la pandemia de la llamada gripe española se escribieron pocos testimonios personales acerca de la enfermedad (pág. 1). Por el contrario, la pandemia de SIDA, años después, generó una importante cantidad de testimonios, hasta el punto de que la narración sobre la enfermedad acabó siendo aceptada como un género literario más (Jurecic, 2012, pág. 2). Tal florecimiento de la narrativa sobre la enfermedad se explica en parte por cambios sociológicos relacionados con un aumento en la expectativa de vida y la preponderancia de las enfermedades crónicas en la población. No solo la gente vive más, sino que puede pasar más tiempo padeciendo una enfermedad. Aún a pesar de esto, sigue existiendo una brecha entre el discurso del enfermo, por un lado, tildado de subjetivo e impreciso, y, por otro, el discurso oficial sobre la enfermedad que se sustenta en el saber biomédico.

Resulta de interés, por tanto, reconocer los alcances, características y posibilidades de ese discurso sobre la enfermedad que proviene del enfermo mismo. En años recientes, de hecho, ha surgido una corriente dentro de la misma medicina que rescata el papel del enfermo en la construcción de ese discurso. Nos referimos a la medicina narrativa, que plantea una concientización de los médicos, de modo que ellos puedan enseñar al enfermo a construir su propia historia de la enfermedad y, de este modo, abrir caminos terapéuticos que involucren el uso de narrativas por parte del paciente. Sin embargo, a nuestro modo de ver, tal enfoque persiste en concebir la relación médico-paciente de un modo ideal, que no siempre ocurre en la realidad, donde por diversos motivos, económicos, culturales y sociales hay una falta de simetría en tal relación, acentuada, además, por las exigencias propias del lenguaje médico. El enfermo pasa por ser un lego que debe ser iniciado en los misterios del diagnóstico médico que lo afecta.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que el discurso sobre la enfermedad no descansa tan solo en supuestos médico-científicos, sino que en él tienen cabida elementos tan dispares como los manuales de autoayuda populares, las novelas, los programas de televisión sobre temas de salud, los artículos de las revistas populares médicas y de salud pública, y de modo más reciente, y quizá con un mayor impacto, la información no científica sobre temas médicos que circula por la internet. Como consecuencia, en torno a la enfermedad y a una persona enferma se tejen discursos, con mucha frecuencia, salpicados de prejuicios y exageraciones. A ellos se refería Susan Sontag en su libro cuando reclamaba un uso del lenguaje sobre la enfermedad que estuviera libre del empleo de metáforas, que en sus propias palabras “dibujan un paisaje siniestro para el enfermo” (Sontag 1981 pág.9). Al contrario de lo que parece insinuar la escritora norteamericana en algunos pasajes de su famoso libro, nosotros creemos que el uso de metáforas en el discurso sobre la enfermedad tiene un talante positivo. A través de ellas, sobre todo, se pueden ensanchar las posibilidades de ser del enfermo. Y esto exige a la persona enferma encontrar su propia voz, al margen del discurso biomédico imperante y de las siniestras metáforas con las que la sociedad la ha marcado. El objetivo del presente trabajo es entonces mostrar cómo la experiencia de la enfermedad plantea con frecuencia una tarea al enfermo, que es la de tener que reescribir la propia historia de vida a la luz de este acontecimiento disruptivo. Sobre todo nos interesa comprender el papel que juega la metáfora en ese proceso.

Si la enfermedad, más allá de los elementos biológicos condicionantes, es un evento que se plasma en discursos y el enfermo encuentra una orientación en el mundo a través de los discursos que recibe o construye él mismo, siempre habrá de por medio una labor de interpretación. En ese sentido, comprender la enfermedad como metáfora requiere un abordaje hermenéutico. Para el presente trabajo, tomamos como referencia el pensamiento de Paul Ricoeur, para quién la

autocomprensión del sujeto sólo es posible después de un recorrido por los signos, símbolos y textos que hacen parte de la cultura a la que pertenece. Tales elementos nos dan la posibilidad de que la persona enferma acceda a otras posibilidades de su ser por medio de las expresiones de doble sentido acumuladas en la cultura, reconstruyendo así su propia identidad afectada por la enfermedad. Además, la obra de Ricoeur nos brinda conceptos fundamentales a la hora de deslindar la narrativa del enfermo de aquellas constricciones propias del discurso biomédico o de aquellos discursos de la enfermedad con los que se encuentra en su vida cotidiana. Guiados por Ricoeur, buscaremos ejemplos concretos de narrativas sobre la enfermedad, en donde el uso de metáforas posibilite la reconstrucción de la quebrantada identidad del individuo enfermo.

El presente trabajo ha sido dividido en tres capítulos. En el primero, presentamos algunas generalidades sobre el concepto de enfermedad y cómo este concepto ha mutado desde unas características netamente científicas a un concepto en el que tienen vigencia elementos tales como los contextos económicos y sociales, el carácter discursivo que adquiere la enfermedad y la subjetividad propia de la persona enferma. Se muestra además cómo la relación médico-paciente, tal como es asumida en la medicina moderna, terminó por silenciar al enfermo, de donde se advierte la necesidad de acudir a recursos como la metáfora para superar tal situación.

En el segundo capítulo, abordamos conceptos de la hermenéutica de Paul Ricoeur tales como identidad narrativa, mundo del texto, triple mimesis, metáfora viva y variación imaginativa, a través de los cuales seguimos el itinerario de la persona enferma en el proceso de construir la narración de su propia enfermedad y, de esta manera, recuperar la posición de agente de su propia vida.

En el tercer capítulo, exploramos primero los géneros narrativos en torno a la enfermedad y luego nos servimos de dos relatos escogidos para mostrar cómo en ellos la experiencia de la enfermedad es narrada al hilo de metáforas que le permiten al protagonista retomar el curso de su vida. Con estos testimonios literarios se busca confirmar el papel terapéutico del empleo de metáforas para hablar de la enfermedad en primera persona, papel que consiste en restituir al enfermo como el personaje principal de su propia historia, en la que consigue reapropiarse de las posibilidades de ser quien es.

## Capítulo I . La enfermedad: Un fenómeno entre el discurso médico y el discurso metafórico

La enfermedad constituye uno de los fenómenos más importantes en la vida de los seres humanos, no sólo por las consecuencias que puede tener en la integridad del individuo, sino por el efecto adverso que tiene sobre el cuerpo social, pudiendo afectar en un momento dado el destino de pueblos enteros. Entender en qué consiste propiamente la enfermedad es un desafío que trasciende las fronteras de la medicina, por lo que su abordaje implica la contribución de múltiples disciplinas que incluyen, entre otras, a la filosofía.

La comprensión de lo que es propiamente la enfermedad fue monopolio, hasta fechas recientes, de las ciencias biomédicas. La enfermedad, vista bajo esta perspectiva, es poco menos que un proceso material, un proceso de orden biológico. En palabras de Henry Sigerist: “no es más que la suma de reacciones anormales del organismo, o de sus partes, a estímulos anormales” (Hays, 1998, pág. 3). En esta visión, la enfermedad corresponde a un grupo de síntomas físicos reconocibles que pueden involucrar debilidad, falla orgánica, malformación o muerte. Como consecuencia, se considera que la enfermedad existe en cierto modo fuera del ser humano, en tanto él no es sino el lugar de ocurrencia de *la enfermedad*, un fenómeno que es más bien propio de la naturaleza y que tiene una “historia” separada de la biografía del individuo. De tal manera que su estudio particular se enmarca en los esfuerzos de las ciencias naturales, en especial la biología y la medicina, por comprender la realidad.

La mencionada visión positivista de la enfermedad prevaleció sin mayores cuestionamientos hasta mediados del siglo pasado, cuando el trabajo pionero del médico y filósofo polaco Ludwíg Fleck sentó las bases de lo que se conocería después como la construcción social de la enfermedad.

En su investigación sobre la génesis y el desarrollo del concepto de sífilis cuestionó la visión naturalista y ontológica de la enfermedad mostrando cómo los hechos científicos son producidos, no descubiertos. De acuerdo con esto, estilos de pensamiento particulares dominan períodos históricos específicos, y estilos diferentes de pensamiento inducen diferentes observaciones y clasificaciones (Obregón, 2002, pág. 27). En otras palabras, ningún conocimiento científico es ajeno a las formas dominantes de pensamiento de su tiempo.

Con la aparición en los años 60 del pasado siglo de diversas investigaciones enfocadas en los aspectos culturales de la enfermedad, especialmente aquellas realizadas bajo la sombra de Michael Foucault, resultó evidente que las enfermedades no eran entidades inmutables, sino, como señalaba Fleck, construcciones sociales que tenían su propia historia. La enfermedad no podía ser reducida a evidencia “objetiva” o “natural”. Charles E. Rosenberg (1997), historiador de la medicina, lo expresa con claridad en uno de sus textos más citados:

La enfermedad no es una entidad esquivada. No es simplemente un estado inferior al óptimo estado fisiológico. La realidad es un asunto más complejo; la enfermedad es a la vez un evento biológico, un repertorio de constructos verbales específicos de cada generación que reflejan la historia institucional e intelectual de la medicina, una ocasión potencial para la legitimación de las políticas públicas, un aspecto de la identidad individual y su papel social, una sanción para valores culturales, y un elemento estructural de las relaciones doctor –paciente. De alguna manera, la enfermedad no existe hasta que nosotros hemos acordado que lo hace, al percibir, nombrar y responder a esta (pág. xiii).

En la raíz de tal renovación conceptual estuvo el cuestionamiento de la relación doctor-paciente. Al menos hasta siglos recientes, los puntos de vista del médico y del lego se superponían en alguna

medida, de modo que aquel conocimiento compartido por ambos mediaba las interacciones entre médico, paciente y familiares (Rosenberg, 1997, pág. xviii). Hoy en día, sin embargo, el conocimiento científico se ha especializado y segregado en tal forma que el paciente acepta casi por fe el juicio médico, y, este último, basado en el uso de procedimientos diagnósticos y categorías de enfermedad preestablecidas, parece inapelable. El punto de vista del paciente perdió así su relevancia y poder, y la responsabilidad de descubrir y clasificar la enfermedad pasó a ser potestad exclusiva del médico.

En otra época, cuando alguien buscaba ayuda profesional, “el papel del médico consistía en interpretar los signos de la enfermedad, basándose en la narración, por parte del enfermo, de ese patrón único de acontecimientos corporales acerca de su propia conciencia corporal, de sus sensaciones y sentimientos, definidos de manera subjetiva” (Lupton, 2003, pág.137). Tal circunstancia cambió y en el siglo XX, la excelencia médica se relacionó más con la precisión científica del médico tratante y con la eficiencia del laboratorio, antes que con una posible empatía del facultativo de cabecera. Tal preponderancia de la observación objetiva en la medicina, terminó por disminuir la importancia de la interpretación que el paciente hacía de su enfermedad (Lupton, 2003, pág. 104).

Esto ha desembocado en un profundo malestar por parte de los enfermos, que se sienten marginados en las entrañas de un sistema de salud al que suele describirse como inhumano. El paciente ha perdido su voz, y, una circunstancia como la enfermedad, que amenaza su constitución vital y con desplazarlo del lugar que ha ocupado hasta ese momento en el tejido social, se refunde en la neutralidad de la jerga biomédica para la que él representa solo un “caso”.

La enfermedad involucra, pues, desde esta perspectiva, algo más que la hegemonía del discurso médico científico. Hay todavía, en la narrativa del enfermo y de sus allegados, un aspecto inexplorado que debe ser tenido en cuenta, si deseamos expandir aún más nuestra visión de lo que es una enfermedad. Antes de avanzar en este terreno, trataremos con otra aproximación a la enfermedad que la sitúa en contextos más amplios que el biomédico o aquel de la subjetividad del paciente y que es necesario abordar. Nos referimos a la “construcción social de la enfermedad”.

### **1. La construcción social de la enfermedad**

Como había sido mencionado antes, Rosenberg (1997) se refería a la enfermedad como un fenómeno plurívoco en el cual confluyen elementos biológicos y culturales, pero que no quedaba circunscrito a uno solo de ellos. Bajo esta perspectiva, se ha establecido un concepto, el de la construcción social de la enfermedad. ¿Qué es exactamente la construcción social de la enfermedad? El enfoque del construccionismo social sostiene que todos los conocimientos son producto de las relaciones sociales y por ello están sujetos a cambio (Lupton, 2003 pág. 9). El conocimiento no se considera universal e independiente, sino que está permeado por la sociedad o la cultura que lo constituye. Los sujetos humanos, bajo estas condiciones, se constituyen a sí mismos a través de discursos y prácticas sociales diversas (Lupton, 2003, pag.9). La realidad nunca nos provee un cuadro estático, estable, en el que el punto de vista de los sujetos se torne irrelevante; por el contrario, el contexto en que estos sujetos se desenvuelven determina las condiciones en que se realiza cualquier proceso cognoscitivo.

En el caso de la enfermedad este condicionamiento es aún más notable, puesto que el objeto que se aborda es parte de la naturaleza misma, que está siempre en perpetuo cambio, ajena a los

paradigmas de estabilidad en los que se pretende encerrar. Por lo tanto, dado que el punto de partida de la construcción social de la enfermedad es un hecho biológico, y, que el lenguaje, el medio por excelencia gracias al cual expresamos y comunicamos nuestra experiencia, nunca logra aprehender totalmente la riqueza y complejidad del mundo, aquellos conceptos referidos a enfermedades concretas no serán fijos o estáticos, sino que requerirán siempre de alguna forma de interpretación (Kim, 2007 pág.5).

Conviene aquí hacer dos precisiones: en primer lugar, aunque en el enfoque de la construcción social de la enfermedad se hace referencia al carácter contextual de la enfermedad, en el cual ésta se configura como tal, no se pretende en ningún momento negar su realidad como fenómeno natural o biológico, ni menos aún relativizar el alcance de la medicina moderna en el conocimiento y comprensión de tal fenómeno. Se pretende, sin embargo, ampliar los discursos relacionados con ella, dado que en la mayoría de los casos tales discursos solo provienen del médico, quien como autoridad científica, tiene el poder social de definir lo que es una enfermedad (Starr, 1982, pág. 13). En segundo lugar, aunque desde el punto de vista de la construcción social, las enfermedades no son vistas como entidades transhistóricas universales, su definición conceptual, luego de un largo proceso de conformación, culmina en lo que llamaremos aquí una normalización (Kim, 2007, pág. 9). Cuando esto ocurre, dicha definición recibe el consenso por parte de los grupos de interés de la sociedad, y las acciones sobre los eventos biológicos y sociales relacionados con la enfermedad la tomarán de allí en adelante como medida y canon. En otras palabras, esa definición de la enfermedad se institucionaliza.

No son, pues, los individuos, cada uno con su propia versión de los hechos y su particular producción de “teorías”, los que en un momento dado moldean el concepto de enfermedad, sino que es la comunidad científica la que a través de ciertas prácticas compartidas y sancionadas llega

a una serie de acuerdos y establece consensos (Kim, 2007, pág. 7). El proceso colectivo de construcción social de la enfermedad sólo será posible en el ámbito de lo que la teoría sociológica denomina una red institucional, en la cual, el sujeto que conoce y el objeto que es reconocido son inseparables. Tal situación corresponde a lo que Rosenberg (1994, pág. xii) denomina cristalización, en la cual el colectivo llega a un acuerdo sobre lo que es una enfermedad, y, a partir del cual, ese conjunto de creencias es considerado como el conocimiento verdadero acerca de esa entidad.

De esta manera, la pregunta por lo que es la enfermedad no admite una respuesta unívoca, en el sentido de que hubiera una posible definición que trascendiera el tiempo, y se aplicase por igual a distintos contextos históricos; aun con el alcance actual de las ciencias biomédicas es de suponer que el conocimiento límite sobre cualquier enfermedad no ha sido alcanzado todavía, y, que en un futuro, se puedan considerar superadas muchas de las premisas actuales sobre el tema. Cada enfermedad, dígase cáncer, lepra, tuberculosis, etc., ha sido comprendida a lo largo del tiempo de diversas maneras, y aun su nombre ha variado con frecuencia, en función de los contextos en que dicha enfermedad se ha presentado. Los conceptos de enfermedad, su causa y posible prevención existen en un espacio tanto social como intelectual. Las negociaciones que circundan la definición y respuesta a la enfermedad son complejas. Ellas incluyen elementos cognitivos y disciplinarios, respuestas de política pública e institucionales. En un sentido más general, las clasificaciones de la enfermedad sirven para racionalizar, mediar, y legitimar relaciones entre individuos e instituciones en una sociedad burocrática (Rosenberg, 1994, pág.19).

Partiendo de este hecho, durante los últimos años, la historiografía de la enfermedad, sobre todo a través de una aproximación sociocultural, se ha concentrado en el estudio de las entidades nosológicas con más relevancia en la historia occidental, como parte de un esfuerzo por

comprender la enfermedad en su dimensión histórica. Se ha dado especial énfasis a sus aspectos socio-geográficos, los procesos de profesionalización y medicalización, los instrumentos e instituciones de control médico y social, el papel del Estado y las condiciones materiales de vida (Armus, 2004, pág. 9-12). Buena parte de tales estudios, realizados bajo el signo de Michael Foucault, explican la progresiva institucionalización de la medicina occidental y el primado del laboratorio sobre la definición de enfermedad como formas de poder que las instituciones públicas más importantes ejercen sobre el individuo.

A la par de esta aproximación histórica, durante las últimas décadas el papel del lenguaje y el discurso en la constitución y mantenimiento del orden social y las nociones de la realidad ha despertado un profundo interés en todas las áreas de las ciencias humanas (Nerlich *et al.* 2002, pág.92). La medicina no es la excepción, y la aplicación del análisis del discurso a estudios socioculturales permite una aproximación novedosa a la manera en que interactúan la biología y la cultura en la construcción social de la enfermedad. El discurso puede ser descrito como “un patrón de palabras, figuras del lenguaje, conceptos, valores y símbolos. Es una forma coherente de describir y categorizar el mundo social y físico” (Lupton, 2003, pág. 19). El discurso, por otra parte, es un medio de comunicación que se utiliza de manera intencional y estratégica para conseguir unos fines deseados.

Dado el carácter subjetivo de la nomenclatura que adquiere la enfermedad, se pretendió utilizar exclusivamente el lenguaje preciso y sin ambigüedades de la ciencia. De ello hace eco Susan Sontag en su célebre libro *La enfermedad como metáfora* (1981) cuando afirma:

“Lo que quiero demostrar es que la enfermedad no es una metáfora, y que el modo más auténtico de encarar la enfermedad –y el modo más sano de estar enfermo- es el que menos

se presta y mejor resiste al pensamiento metafórico. Sin embargo, es casi imposible residir en el reino de los enfermos sin dejarse influenciar por las siniestras metáforas que se ha pintado su paisaje. Aclarar estas metáforas y liberarnos de ellas es la finalidad a la que consagro este trabajo” (pág.9).

Aquí la coyuntura es evidente: se exige liberar de elementos subjetivos el discurso sobre la enfermedad, pero al mismo tiempo, se descubre que tal deslinde resulta imposible. El punto de vista del enfermo no dejaría de ser un peso gravoso que interfiere sobre sus propias posibilidades de recuperación. De acuerdo con ciertos enfoques funcionalistas, el médico es quien posee el discurso genuino sobre la enfermedad, y, por ese motivo, el paciente debe poner en sus manos la responsabilidad del manejo de las dolencias que padece.

Como señalamos páginas atrás, tal situación es más bien reciente. Es el resultado de la consolidación de modernos conceptos de la enfermedad, en los que, gracias sobre todo a la teoría de los gérmenes, se logró superar lo que Armus (2004) llama incertidumbre biomédica [1]; así mismo, es el resultado de la preponderancia adquirida por el laboratorio clínico, que otorga autoridad al médico para distinguir la enfermedad de aquello que no lo es.

De acuerdo al enfoque de la construcción social los colectivos en su decurso histórico elaboran conceptos de enfermedad que, incorporados en un cuerpo de prácticas y saberes comunes, con el tiempo se normalizan, y adquieren el carácter de una versión oficial de la enfermedad (Kim, 2007, pág. 7). Tales conceptos median la experiencia que tiene una persona con la enfermedad que lo aqueja. No obstante, como bien lo han demostrado los distintos estudios culturales sobre la medicina, tal mediación no asume siempre un carácter positivo, sino que, en un momento dado, deriva en francos ejercicios de poder con los que se busca disciplinar al individuo para los fines

del Estado o proteger los intereses de ciertos sectores de la población [2]. El medio por excelencia por el que se ejercita dicho poder es precisamente el discurso. Este puede abarcar desde el corpus médico que define lo que oficialmente es una enfermedad, hasta los edictos y decretos promulgados por las autoridades en tiempos de epidemia, que circunscriben los movimientos del ciudadano dentro de ciertos límites.

Si el reclamo actual es, como decíamos, que la voz del enfermo ha sido silenciada por la autoridad incuestionable del discurso científico del médico, en los últimos años se ha querido rescatar esa experiencia de primera persona, de tal modo que se puedan trascender las estrechas versiones biomédicas de la enfermedad o el concepto formalizado de enfermedad vigente para ese momento. En tal sentido han adquirido importancia los “relatos” que circulan en torno a la enfermedad. Tanto el paciente como el médico tienden a relatar los acontecimientos de la enfermedad en forma de “historias”. De hecho, el médico elabora una “historia” de la enfermedad del paciente, la cual comunica posteriormente a otros médicos en las llamadas presentaciones de casos, y que bien, pueden ser consideradas también como relatos. Por su parte, el enfermo grave tiende a recurrir a ciertas narraciones en busca de un sentido para su situación (Lupton, 2003, pág.65).

La mayoría de las historias sobre la enfermedad recurren en buena medida al discurso metafórico. Como lo demostró Susan Sontag (tal vez a su pesar) la metáfora es un recurso inevitable a la hora de tratar con la enfermedad. A través de ella, la biomedicina controla el discurso sobre la salud pública[3]. Así mismo, los enfermos recurren con frecuencia al discurso metafórico con el fin de elaborar sus experiencias en relación consigo mismo y con los demás (Lupton, 2003, pág. 65).

Como se expuso previamente, hay un choque visible entre la concepción de la enfermedad institucionalizada que surge de los colectivos y está asentada, sobre todo, en el discurso médico científico, y la visión del enfermo, subestimada la mayor parte del tiempo y destinada, hoy por hoy, a disolverse en el vacío de un trámite burocrático. La posibilidad de redescubrir al protagonista de ese relato que llamamos enfermedad, depende de la atención y comprensión que se dedique a los discursos que hilvana el enfermo mismo, casi siempre bajo el peso de un diagnóstico ominoso que lo hunde en el desconcierto y en la confusión. Allí es donde la metáfora debe ser estudiada como el recurso lingüístico por excelencia que nos da la medida del alcance del discurso sobre la enfermedad desde la perspectiva de quien la padece en carne propia.

## **2. La metáfora**

Si bien la metáfora suele ser considerada como un recurso creativo típico de la poesía y de la antigua retórica que no guarda relación directa con el pensamiento o la acción, lo cierto es que los conceptos metafóricos modelan la percepción, la identidad, la experiencia, y buena parte de las formas de comunicación que tenemos. La metáfora funciona por asociación, comparando entre sí dos entes no asociados y centrándose en los parecidos que hay entre ellos, para derivar luego una serie de significados. (Nerlich *et al*, pág.92). La metáfora no es un mero elemento decorativo, sino que es un eficaz dispositivo epistemológico que sirve para conceptualizar el mundo (Lupton, 2003, pág.66).

En el libro *Metáforas de la vida cotidiana*, Lakoff y Johnson (1980, pág.96-117) presentan tres tipos distintos de estructuras conceptuales metafóricas: 1. Metáforas estructurales: son aquellas en las que una actividad o una experiencia se estructura en términos de otra. Permiten destacar

aspectos o características de una experiencia, mientras dejan en segundo plano aquellos aspectos que no son relevantes. Por ejemplo: “la cruzada contra la lepra”, “la salud pública es un campo de batalla” 2. Metáforas de orientación: son aquellas que organizan un sistema global de conceptos en relación con otro sistema. En su mayoría están relacionadas con la orientación espacial y la constitución física del ser humano. Por ejemplo “cayó enfermo” o “se vino abajo por la gripe”. 3. Metáforas ontológicas: Son aquellas por medio de las cuales se caracteriza un fenómeno de forma particular, a través de su consideración como un objeto o una sustancia. Por ejemplo “le falta un tornillo” “estoy un poco oxidado”.

No es casualidad que el fenómeno de la enfermedad sea un terreno fértil para la elaboración y aplicación de metáforas. Como dijimos anteriormente, el lenguaje común se sirve en muchas ocasiones de tales expresiones lingüísticas que permiten transmitir eficazmente el tipo de experiencias vivenciadas en tal estado. Por otra parte, la enfermedad misma puede ser utilizada como metáfora, sobre todo en disputas de carácter ideológico, donde frases tales como “el comunismo es el cáncer de América”, “la corrupción es la lepra de la sociedad”, etc., cobran sentido.

Así pues, dado que la enfermedad es un fenómeno que, como decíamos atrás, se configura en el cruce de diversos discursos y lenguajes, en los cuales la metáfora ocupa un lugar central, dar cuenta de la enfermedad supondrá emprender una tarea de interpretación de tales discursos y lenguajes, más aún, de las metáforas y del papel que estas juegan en la constitución de sentido que los enfermos desarrollan de su enfermedad; en otras palabras, la enfermedad deviene para nosotros en un problema hermenéutico.(Kim, 2007, pág. 7); pero lo que nos interesa aquí no es solo el discurso sobre la enfermedad, cargado de elementos metafóricos, que se generan por parte de un colectivo en un lugar y tiempo determinados. Buscamos sobre todo entender, cómo ese discurso

metafórico es comprendido e interpretado por los individuos que se sirven de ellos y que reciben de ese modo las coordenadas para ajustar su situación vital al escenario traumático de la enfermedad.

Ahora bien, ¿esas aproximaciones a la construcción social de la enfermedad que se han mencionado previamente, en qué medida nos aclaran el papel de la metáfora en la interpretación de la enfermedad que padece una persona?

Se ha publicado un sinnúmero de estudios acerca de la construcción social de la enfermedad, tomando como objeto de investigación algunas entidades nosológicas específicas. En especial, destacamos dos estudios realizados en nuestro país por Diana Obregón (2002) y Mónica García (2006) cuyos trabajos sobre la historia de la lepra en Colombia y sobre las llamadas “fiebres del Magdalena”, respectivamente, arrojan luz sobre la creación del conocimiento médico y los distintos factores sociales, económicos y culturales allí involucrados. Ellos nos sirven de modelo de lo que debería ser una aproximación histórica al fenómeno de la enfermedad. Aunque en ambos trabajos se traza una distancia con respecto a la concepción naturalista de la enfermedad, aún se concede en ellos gran importancia a la medicina científica. Este tipo de abordaje histórico ofrece la posibilidad de aprehender la construcción de una enfermedad en un tiempo de larga duración, durante el cual diversas concepciones sobre la enfermedad en cuestión arraigan como mentalidades en una sociedad.

Pese a la profundidad y calidad de tales trabajos no es posible encontrar en ellos una alusión concreta a la forma como la metáfora determina la construcción de los conceptos de enfermedad. A pesar de que en el prólogo de su libro, Obregón (2002) se refiere a la intención de superar cierto sesgo cientificista, ella no se detiene en el papel que puede jugar la metáfora en la construcción de

esa entidad llamada lepra (pág.27). Tampoco en el trabajo de García (2006) hay claridad sobre este punto. La importancia de estos trabajos reside en que, en medio de la fértil producción nacional sobre historia social de la enfermedad, ellos dos se comprometen en la ambiciosa tentativa de realizar la aprehensión de una enfermedad como una totalidad histórica. El otro aspecto que apenas sí es considerado en ambos casos, seguramente por el carácter mismo de la investigación, se refiere a la perspectiva que los propios enfermos tienen de la enfermedad.

En cambio, en otra aproximación a la construcción social de la enfermedad, como lo es la teoría de la representación social, se concede gran importancia a la metáfora como portadora de significados renovadores de los viejos conceptos de enfermedad [4]. La idea es que, desde un punto de vista cognitivo, la metáfora es una herramienta útil que permite la comprensión de temas abstractos en términos de otros temas más concretos y estructurados.

Bajo este punto de vista, la metáfora no se limita a ser un fenómeno lingüístico, sino ante todo un fenómeno cognitivo, necesario para pensar, actuar y hablar (Nerlich et al, pag. 92). No obstante, tal enfoque tiene claras limitaciones al momento de captar narrativas totales, pues las oraciones y frases utilizadas en estudios lingüísticos no provienen propiamente de algún discurso oral o escrito, sino que son construidas por el investigador para los fines propios de su indagación. En casos relacionados con epidemias, por ejemplo, el estudio de las metáforas se limita a medir la frecuencia del uso de frases y oraciones por medio de modelos estadísticos que arrojan tendencias sobre su uso en los medios de comunicación; también en este caso es evidente que se cierra el horizonte de sentido que pueden tener las metáforas utilizadas, al prescindir de examinar la manera como la población hace frente a la aparición de la enfermedad y, en particular, al efecto que tiene el uso de metáforas en la forma que encuentran de enfrentarla. (Ribeiro, 2018, pag.137-144)).

Por lo tanto, podemos concluir como principales limitaciones en los dos aproximaciones a la construcción social de la enfermedad antes mencionada, primero, que ofrecen una pobre perspectiva de la realidad construida en primera persona por el enfermo, y, segundo, que en ellas el discurso metafórico no es estudiado en toda su dimensión, al quedar reducido su alcance al uso de una frase u oración metafórica empleada de manera más o menos recurrente.

Si el objetivo es recuperar la voz del enfermo perdida en los laberintos de la burocracia médica o acallada en los consensos epistemológicos y médicos sobre la enfermedad, creemos que se requiere de un abordaje filosófico que rescate las posibilidades de sentido que elabora el sujeto que enfrenta en carne propia el menoscabo de su salud, el sufrimiento y a la posibilidad de la muerte. El enfermo da sentido a su experiencia incorporando metáforas en la narración de su experiencia, muchas de las cuales le son “ofrecidas” por el contexto social en el que vive, todo lo cual le permite narrar su propia historia personal. Esa es, ante todo, una tarea hermenéutica.

A nuestro parecer, el filósofo que nos puede acompañar en el camino de establecer y valorar el papel que cumple la metáfora en la elaboración del discurso sobre la enfermedad es el francés Paul Ricoeur, quien en su libro *La metáfora viva* (2001) traza el recorrido que ha seguido esa figura del lenguaje desde la antigüedad hasta nuestros días, buscando liberar a la metáfora de los límites de la fraseología y así extender –como veremos- sus posibilidades en el espacio más amplio del discurso y de la obra. Por otra parte, Ricoeur nos propone entre otros conceptos el de identidad narrativa, el cual resultará fundamental para nuestro análisis en la medida en que la experiencia de la enfermedad aboca al enfermo a una suerte de reconstrucción de su identidad, trastocada o extraviada por la irrupción del acontecimiento de la enfermedad.

---

[1] Con el concepto de incertidumbre biomédica se hace referencia a la incompletitud del saber científico acerca de la etiología, mecanismos fisiopatológicos, epidemiología y terapéutica de una enfermedad en un período histórico concreto. El término es usado en especial por el historiador de la medicina Diego Armus. Ver *Medicina Casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna*. Buenos Aires, 1870-1940. EDHASA, 2016

[2] Un caso paradigmático es el de la lepra durante el siglo XIX: Mientras en un país como Noruega, aunque hubo un tipo de aislamiento para los enfermos, no se les excluyó de la sociedad y sus derechos básicos fueron protegidos, en Estados Unidos los enfermos fueron abandonados en una isla hawaiana en condiciones infrahumanas; o en Colombia, el leprosorio de Agua de Dios fue cercado con alambre de púas y militarizado para impedir la fuga de los enfermos. Dos caras opuestas de lo que puede ser el ejercicio del poder por parte del Estado acerca de una enfermedad infecciosa como la lepra. Ver Obregón, 2002.

[3] Por ejemplo, en Latinoamérica los discursos sobre las enfermedades de transmisión sexual, en particular la sífilis, aparecen como un recurso para hacer a una población más permeable a los intereses de la biopolítica. Por lo general, los discursos asociados a las enfermedades venéreas involucraban metáforas referentes a la degeneración de la especie o de la raza. Se generaron así modelos médicos de exclusión respecto de la sexualidad y condición de la mujer, de la homosexualidad y de ciertos grupos inmigratorios y raciales. Ver Armus 2004, pag 29.

[4] En esta línea, Wallis y Nerlich examinan cómo el lenguaje y la metáfora fueron utilizados por los medios de comunicación del Reino Unido para reportar el brote de SARS en el año 2003, una enfermedad grave y desconocida en ese momento (2005). Nerlich *et al*, presentaron en el año 2002 un estudio sobre la conceptualización socio-cultural del brote de fiebre aftosa que obligó al sacrificio masivo de ganado en el Reino Unido en el año 2001 y muestran cómo mitos pastoriles y metáforas de guerra fueron fuertes puntos de referencia en los discursos políticos de entonces. Peter Washer en el 2006 investiga cómo el brote de encefalopatía espongiforme bovina fue conceptualizado en reportes de periódicos del Reino Unido.

## Capítulo II. La Enfermedad y la Hermenéutica de Paul Ricoeur

### 1. Identidad narrativa y enfermedad

La experiencia de la enfermedad, en especial si es crónica o severa, significa para la mayoría de las personas hacer frente a prejuicios, equívocos y rechazos por parte de la sociedad, al punto de que su dignidad resulta muchas veces puesta en vilo. La enfermedad afecta todas las opciones de vida del individuo, y, si desemboca en alguna forma de discapacidad, genera una profunda ruptura en sus roles sociales, incluida su actividad laboral y sus relaciones familiares y personales. Sobre todo en los casos de una enfermedad crónica, el enfermo puede convertirse en un paciente permanente, que depende total o parcialmente de quienes le rodean para cumplir con las mínimas actividades vitales, lo cual constituye un importante cambio en su situación personal. En esos casos, no es inusual que su autoestima, y, sobre todo, su propia identidad, resulten seriamente erosionadas. Por otra parte, el diagnóstico de una enfermedad puede significar, en muchas ocasiones, que la persona enferma sea portadora, ante los ojos de la sociedad, de “algo” que lo diferencia, que lo excluye o que debe ocultar. Un cierto estigma que determina que el enfermo pueda verse aislado y excluido.

Si los síntomas previos al diagnóstico suelen ser el preámbulo al desastre, la confirmación de una enfermedad crónica incurable, crónica o degenerativa por parte del facultativo, constituye una suerte de golpe decisivo que sacude todas las certezas del individuo. La identidad del enfermo parece definida ahora por el diagnóstico médico de la enfermedad que viene a poner en suspenso la historia personal en la que se veía inscrito. Para comenzar, la terminología incomprensible del médico que se acumula en la historia clínica (que ahora es *su* historia) toma el lugar de los atributos

que antes definían su carácter. Su cuerpo se ha rebelado y ahora deviene un ser extraño para él mismo. Por otra parte, su entorno se ve plagado de metáforas amenazantes que lo reducen a ser una figura disecada en una historia sin desenlace previsible. Como el borroso personaje de una novela de Musil, el enfermo siente que su personalidad tiende a disolverse. Ha dejado de ser la persona que creía ser y ahora es ante todo un *paciente*. Lo que sobreviene es una especie de estado de shock, de profunda desorientación, y, sobre todo, la sensación de haber perdido el control de su propia vida. Puede que por primera vez, la persona confronte la mortalidad y se haga irreprimible la pregunta por el sentido de esa existencia que ahora parece escaparse de entre sus manos. A la inevitable pregunta ¿por qué yo?, le sigue con el tiempo otra pregunta: ¿quién soy yo? El problema de la identidad personal surge necesariamente de manera intensa cuando el estado de la salud es seriamente puesto en cuestión, cuando el bienestar corporal es alterado de una u otra forma por una dolencia grave determinada, al punto que quien está en esta situación ya no sabe más quién es.

Ahora bien, si el cataclismo de la enfermedad ha significado prácticamente una demolición de su identidad, el enfermo, apenas superados los episodios de caos y negación iniciales, buscará las rutas apropiadas para su reconstrucción, como parte de un proceso de asimilación de su nueva condición existencial. En algún momento, tal vez después de otro ciclo doloroso de pruebas clínicas y de tratamientos interminables, el enfermo decide tener una voz, decide que debe contar de nuevo su propia historia para poder vivir en ese nuevo *mundo de la enfermedad* que ahora habita forzosamente. ¿Cuál es entonces el poder de la narrativa para configurar (o reconfigurar) la identidad de una persona, y en este caso especial, de una persona enferma? ¿Qué papel juega en ello la metáfora? Para responder a estas preguntas nos resulta útil acudir a los conceptos de identidad narrativa y de metáfora, tal como los propone Paul Ricoeur.

Usualmente, se ha concebido la identidad como si fuese una especie de núcleo de subsistencia absoluto en el ser de las cosas; algo que permanece inalterado e inalterable. Pero tal concepción tiene serias dificultades, sobre todo en lo que respecta a la disyuntiva entre cambio y permanencia. Un ejemplo es el de la persona. Todo ser humano primero es un niño que con el transcurso del tiempo se convierte en un adulto y luego, con la vejez, en una persona anciana. ¿Hay algo que pueda definir la identidad de ese individuo desde que es un niño hasta que se convierte en una persona mayor? ¿Cómo subsiste intacta esa hipotética sustancia que determina lo que es, en medio de los cambios ocurridos a lo largo del tiempo? Ricoeur encuentra que ese concepto de identidad fijo e invariable no da cuenta de la experiencia del cambio. Por eso nos propone distinguir dos sentidos a partir de la noción de identidad personal y con los que intenta clarificar la situación: *ídem* e *ipse*.

En el *ídem* se hace referencia a lo sumamente parecido e inmutable, lo que no cambia a lo largo del tiempo, en tanto, el *ipse* hace alusión a lo propio que se afianza durante el cambio (Ricoeur, 1999, pág. 215). Mientras la identidad-*ídem* corresponde a la mismidad típica de la identidad biológica y del carácter de un individuo, con la ipseidad nos referimos a una historia de vida que se enfrenta a la alteración de las circunstancias. Así, si se quiere saber quién es alguien tenemos que contar su historia, pues solo en una narración se despliegan todos los acontecimientos, sucesos y acciones que constituyen esa vida y que son reunidos al amparo del orden y de la unidad que brinda el relato. A esto lo llama Ricoeur “identidad narrativa”.

Ahora bien, es importante aclarar cómo ese relato en el que el enfermo reconstruye la historia de su vida, la reinterpreta o la refigura. Esto nos conducirá al problema de la apropiación que el lector lleva a cabo de los significados vinculados al personaje ficticio de una trama que cuenta una

acción también ficticia. Por eso es necesario revisar el concepto de *mimesis* que nos propone Ricoeur.

## 2. El mundo del texto y la mimesis

El enfermo comprende que ante el evento que lo ha golpeado debe (volver a) contar la historia de su vida. Descubre pronto que ese ejercicio narrativo le podrá ofrecer una panorámica inédita de su itinerario vital. Tal vez eventos, circunstancias o situaciones que antes de su enfermedad eran poco relevantes adquieren ahora una importancia inusitada. En un comienzo su esfuerzo narrativo se dirige a recuperar el yo perdido. Nostálgico de su existencia anterior, anhela retornar a un estado pretérito que ahora se le antoja perfecto; pero pronto, unos hechos contundentes deshacen esa ilusión. Puede ser una discapacidad grave o el anuncio de una dolorosa condición crónica, lo cierto es que nada volverá a ser como antes. Quizá, la restauración es después de todo una ilusión. Sucumbe al caos, y entonces su historia, la suya, no la que cuenta el médico, cambia. Contar su historia a otros, en todo caso, lo protege del miedo; pero aquí no prevalece tanto el miedo a la muerte, como el temor a ser incapaz de afrontar un mundo inhóspito que ahora se ve obligado a habitar.

“¿Cómo será mi vida de ahora en adelante?” Esa parece ser la pregunta obligada de la persona enferma tras superar el estupor inicial. La medicina y todo su aparataje biomédico le ofrecen pocas respuestas. Mientras que sigue sometido a las rutinas terapéuticas un sentimiento crece en su interior. Él es una persona, no un dato médico. ¿Cómo hacerle ver a los insensibles tratantes que está vivo? Construir una nueva historia de su vida, donde irrumpe el acontecimiento de la enfermedad, es la mejor forma que encuentra para ratificar su existencia, sobre todo ante sí mismo.

Entiende, por fin, que la vida, para ser comprendida como vida, necesita ser un relato. Y es a través de ese relato que él podrá ver más allá de sí mismo, que podrá imaginarse de otra forma más que solamente como paciente o enfermo. En ese caso, el uso del lenguaje narrativo no se puede limitar a una simple imitación de la acción de los hombres, sino que implica la reorganización de esos motivos en un plano más elevado de significación (Ricoeur, 2012 pág.33).

El narrador (en nuestro caso el enfermo) elabora un relato tomando como material eventos provenientes de su propia experiencia con los que teje una trama; sin embargo, esa posibilidad de alcanzar un “plano más elevado de significación” debe servirse en un momento dado de narraciones establecidas que pueda incorporar en su propia narración. En otras palabras, debe haber una mediación operada por el texto. Al contrario de la tradición cartesiana donde el sujeto puede conocerse a sí mismo por intuición inmediata, aquí la autocomprensión sólo se alcanza mediante “el gran rodeo de los signos de la humanidad depositados en las obras culturales” (Ricoeur, 2010, pág.109). De esta manera, el enfermo puede integrar en su relato metáforas o figuras que le permiten, a su vez, apropiarse de su propia historia. Pero ¿de qué manera los textos median en esa apropiación? Para responder a esta pregunta, según Ricoeur, debemos tener en cuenta dos condiciones del texto que ha dejado de ser habla y que ha pasado a ser escritura: en primer lugar, el texto ya no es interpretado bajo los términos establecidos por el autor, tal como lo asume la hermenéutica clásica (Ricoeur, 2010, pág.51). La intención del autor ya no se da inmediatamente como en el diálogo cara a cara. Cuando el discurso logra la autonomía, no solo de las intenciones del hablante, sino también de los intereses del público receptor y de condiciones económicas, sociales y culturales determinadas se habla de la autonomía del texto. En segundo lugar, cuando el discurso se emancipa del contexto situacional se desarrolla otro tipo de referencias no ostensivas a las que llamamos mundo, no entendido este como una dimensión cosmológica,

sino como una dimensión ontológica del decir y del actuar humanos (Ricoeur, 2010 pág. 181). El mundo, en el caso del sujeto que reconstruye su propia identidad, será entonces el conjunto de referencias abiertas por los textos. Lo que el texto ofrece ahora al posible lector son modos posibles de ser que le pueden ayudar a esclarecer su propia situación, es decir, le ayudan a apropiarse de su historia de vida.

Es importante señalar que en este itinerario el enfermo que intenta reconstruir su identidad resquebrajada asume un papel dual: primero como lector, luego como narrador. Ahora bien, esa transición entre la configuración que ocurre en el relato y la refiguración del mundo de la acción en la lectura de un texto, es asegurada por las múltiples mediaciones que Ricoeur (2004) agrupa bajo el título de triple mimesis (pág.113). Recordemos que en un sentido literal, *mimesis* se refiere al proceso activo de imitar o de representar; sin embargo, en su lectura de la *Poética* de Aristóteles, Ricoeur (2004) prescinde de ese sentido de copia o réplica de lo idéntico y recurre a una concepción dinámica de la *mimesis* (pág.113-115). La actividad mimética consistiría entonces en una particular disposición de los hechos que mediante la construcción de una trama, permite reconstruir nada menos que la acción misma.

La mimesis, como actividad poética, no se desentiende del campo práctico que subyace a cualquier trama narrativa, por lo que mantiene una referencia al “antes” de la composición poética o lo que Ricoeur denomina como mimesis I; por otra parte, el dinamismo de la mimesis no concluye en el texto, sino en el lector, que sería el “después” de la composición poética o mimesis III (Ricoeur, 2004, pág.114). La mimesis II corresponde al momento de la configuración narrativa, donde la historia alcanza su inteligibilidad. Este triple despliegue en el cual el narrador que configura el relato transita hacia el lector que interpreta un texto nos resulta útil en la comprensión de ese otro proceso en el cual una persona enferma reconstruye la historia de su propia vida, y en

el que se apropia de aquellos elementos de la tradición que le permiten encontrar otras maneras de ser.

## **2.1 La triple mimesis**

Con referencia a la mimesis I, Ricoeur (2004) destaca que en la composición de cualquier trama subyace siempre una pre-comprensión del mundo de la acción: de sus estructuras inteligibles, de sus recursos simbólicos y de su carácter temporal (pág. 116). En primer lugar, antes de la configuración metafórica o narrativa se requiere identificar la acción por los rasgos estructurales del actuar y del sufrir humanos. Lo que distingue a la vida humana de la vida animal o la existencia de un mineral, es que en toda acción humana hay una finalidad, una razón que explica por qué esta se ha llevado a cabo; así mismo, la acción requiere de un agente a quien se pueda endilgar la responsabilidad por esa acción (Ricoeur, 2004, pág. 115ss). No se trata aquí tan sólo de movimiento físico o de un comportamiento psicofisiológico, sino de la acción como un concepto que se comprende a través del uso de la red de expresiones y conceptos que a su vez nos ofrecen las lenguas naturales. En ese sentido, hablamos de una semántica de la acción. En segundo lugar, la proposición narrativa se entreteje con la comprensión práctica por medio de los recursos simbólicos. Si la acción puede ser narrada, es debido a que ésta ya está articulada en signos, reglas, normas; es decir, la acción se encuentra siempre mediada simbólicamente (Ricoeur, 2004, pág.119). La acción adquiere un significado preliminar a través de símbolos que posibilitan su interpretación en un contexto determinado. En tercer lugar, tenemos el carácter temporal de la pre-comprensión del mundo de la acción. La comprensión de la acción no está limitada al reconocimiento de la red conceptual de la acción y sus mediaciones simbólicas, sino que debe

reconocer las estructuras temporales que exige la narración. Ricoeur identifica la estructura temporal con las descripciones heideggerianas de la intratemporalidad (Ricoeur, 2004, pág.127).

Dicha categoría está definida por la actitud básica del *cuidado*. De acuerdo a ella, la condición de ser arrojado entre las cosas tiende a hacer la descripción de nuestra temporalidad dependiente de la descripción de las cosas y de los otros a nuestro cuidado (Ricoeur, 2004, pág.125). Es sobre esta base de la intratemporalidad que se construirán las configuraciones narrativas y sus correspondientes formas temporales.

La mimesis II cumple una función mediadora entre una fase anterior y una posterior de la *mimesis*. Ella sirve de engranaje entre los acontecimientos y los incidentes, haciendo de ambos una historia. La mimesis II es propiamente el momento de la narración, del relato. Ricoeur (2004) señala que es el reino del “como si” (pág. 130). Tal función mediadora se realiza en tres momentos. Un primer momento corresponde a la mediación entre acontecimientos o incidentes individuales y una historia tomada como un todo. Un acontecimiento debe ser algo más que una ocurrencia singular y recibe su definición de su contribución al desarrollo de la trama. La construcción de la trama es la operación que extrae una configuración a partir de una simple sucesión (Ricoeur, 2004, pág. 132). El segundo momento es la integración propiamente dicha entre los elementos heterogéneos del mundo de la acción como agentes, fines, medios, interacciones, etc. La consolidación de la trama implica incluir en ella “los incidentes que producen compasión o temor, la peripecia, la agnición y los efectos violentos” (Ricoeur, 2004, pág. 132) que Aristóteles equipara con la configuración. Tal efecto de concordancia-discordancia es el que constituye la función mediadora de la trama. El tercer momento corresponde a la dinámica de construcción de la trama donde se ponen de relieve tanto un carácter cronológico como un carácter no-cronológico. En el primer caso, la historia, concebida desde los acontecimientos mismos, adquiere un carácter

episódico (es posible preguntar en todo momento: ¿y después? ¿y después?), mientras en el segundo caso, la trama reúne los acontecimientos y los integra en una historia con un comienzo y un final, gracias a lo cual es posible configurar *una* historia (Ricoeur, 2004, pág. 133).

Si la mimesis II representa una configuración del texto y su mundo, como tal, ello exige llevar necesariamente un paso más allá a la mimesis y lograr una mejor comprensión de la vida humana. Se trata de la capacidad que tiene la vida humana para ser transformada. La mimesis tendría su cumplimiento en el oyente o lector. Como señala Ricoeur “la mimesis III marca la intersección del mundo del texto y el mundo del lector” (ibid pág 139). Es el momento en que el lector proyecta sus posibilidades en el mundo que le ofrece el texto y por medio de una especie de alquimia hermenéutica esa vida humana sale transformada de la lectura. En resumen, la función mimética de la narración adquiere tres sentidos que podemos distinguir así: reenvío a la pre-comprensión familiar que tenemos del orden de la acción, acceso al reino de la ficción, y, finalmente, nueva configuración mediante la ficción del orden pre-comprendido de la acción (Ricoeur, 2004, pág.33).

Y, en definitiva, ¿qué importancia tiene la mimesis en el tema de la enfermedad cómo metáfora? Convertir en un relato la experiencia vivida indica que la persona enferma no se conforma con la situación a la que fue reducida por causa de la enfermedad. A través de la dinámica de la mimesis es posible ver de qué manera el enfermo pasa de un estado previo de postración a una condición en que logra reapropiarse de un mundo y confirmar las posibilidades de ser quién él es. Inicialmente, en torno al enfermo se teje toda una red conceptual que apunta a unas intenciones y finalidades que le son externas. En el plano biomédico, él pasa a ser un paciente, obligado a seguir una disciplina terapéutica en pos de la recuperación del estado óptimo de salud. Por otra parte, en su mundo cotidiano se entreteje otra red conceptual, por lo general, cargada de prejuicios y malentendidos. Los símbolos y metáforas perniciosas se hacen habituales en este escenario. La

medicina, como parte del discurso de bienestar típico de la época moderna, le ofrece al paciente narrativas de restitución, como su objetivo ineludible. Mientras tanto, el mundo que rodea al paciente lo acecha con metáforas de su enfermedad en las cuales la culpa o el rechazo juegan muchas veces un papel fundamental. El tiempo constituye otro gran desafío para el enfermo. Si antes él construía su propia historia tomando como referencia las cosas del mundo puestas bajo su cuidado, ahora su temporalidad parece definida por las expectativas trazadas por la medicina. Desde los tiempos definidos para tomar medicamentos en ciertas horas del día y el condicionamiento de las citas médicas a lo largo del año, hasta la definición misma de los límites de su propia vida implicados en el pronóstico médico, el tiempo del enfermo es ahora el tiempo del régimen médico. Inmerso en un mundo que se le manifiesta hostil, el sujeto enfermo da un paso adelante al construir su historia, más allá del discurso biomédico, más allá de las constricciones propias de una subjetividad en crisis. La invención de una trama implica ante todo una labor de síntesis de lo heterogéneo. En el caso de la historia del enfermo esta no es solo una sucesión más o menos coherente de datos biográficos, ni tampoco el caos de unos acontecimientos sin sentido. Por el contrario, con la elaboración de una trama surge tal congruencia de los hechos que es posible contar una historia con un principio y con un final, una historia que a su vez puede ser referida a las demás personas como un testimonio verídico de la enfermedad. En esa reelaboración de su experiencia el enfermo recurrirá seguramente al lenguaje metafórico para referirse a su mal. El objetivo no será recuperar su viejo yo sacudido en sus cimientos por la negatividad de tal experiencia, sino el de rehacer su identidad, su nuevo yo, bajo estas nuevas circunstancias.

### 3. Metáfora y reconfiguración de la identidad

El desafío de reescribir su historia personal implica el uso por parte del enfermo de figuras de estilo tales como la metáfora. Aunque vista en un principio como un recurso retórico, cuyo fin es el embellecimiento de una realidad banal, la metáfora va más allá de ese papel complementario o decorativo y se revela como un medio que nos permite reconfigurar la realidad, añadir o quitar ser a lo que ya es. Así pues, la metáfora escogida de manera consciente o inconsciente por el enfermo para hablar de su enfermedad puede entonces cerrar o ensanchar las posibilidades de ser sí mismo. Puede permitirle narrarse a sí mismo de forma productiva o no. Puede ayudarlo a redefinir quién es o no es él.

En ese sentido nos resulta útil aquí la reflexión de Ricoeur en torno a la metáfora como uno de los recursos creativos que mejor nos permite reconfigurar la realidad, y, de paso, ensanchar el mundo, entendido este último como el conjunto de relaciones de sentido en las que nuestra existencia se encuentra y se proyecta a sí misma. De esta manera, en su obra *La metáfora viva* (2001), Ricoeur sigue el desarrollo del tema de la metáfora desde la antigüedad clásica, hasta los abordajes más recientes provenientes del campo de la hermenéutica. En un primer paso, consistente en la revisión de la teoría de la metáfora de los antiguos retóricos, se lleva el problema de la metáfora de la semántica de la palabra a la semántica de la oración. En la historia de la retórica, que comienza con los sofistas griegos y es continuada por Aristóteles, Cicerón y Quintiliano son constantes algunos aspectos del tema de la metáfora que podemos sintetizar de la siguiente manera: la metáfora es un tropo que representa la amplitud o prolongación del sentido de un nombre por medio de la desviación del sentido literal de las palabras (Ricoeur, 1995, pág. 60). El motivo de tal desviación sería la semejanza, cuya función es fundamentar la sustitución del sentido literal por el sentido figurativo de una palabra. Y dado que la significación sustitutiva no

representa ninguna innovación semántica, la metáfora no proporciona ninguna información nueva sobre la realidad.

Ricoeur, en su libro, quiere replantear ese paradigma que reduce la metáfora a ser un adorno del discurso. Por el contrario, él pretende que la metáfora se convierta en el modelo de una definición puramente semántica de la literatura, aplicable a formas esenciales tales como la poesía, el ensayo o la prosa narrativa, que permita un empleo positivo y productivo de la ambigüedad semántica. (Ricoeur, 1995, pág.60). En últimas, Ricoeur quiere mostrar las posibilidades que tiene la metáfora para desplegar excedentes de sentido que van más allá del signo lingüístico y que le conceden un importante papel como portadora de información. Para ello se vale del tratamiento semántico moderno de la metáfora que pone en duda las presuposiciones de la retórica clásica, y, más en concreto, de Richards, un autor cuya crítica a las presuposiciones básicas del modelo clásico se puede resumir de la siguiente manera (Ricoeur, 1995, pág. 63): en primer lugar, según él, la metáfora tiene que ver con la semántica de la oración, más que con la semántica de la palabra. Es, por otra parte, un fenómeno predicativo, no denominativo. Por ende, no se debe hablar del empleo metafórico de una palabra, sino más bien del uso de expresiones metafóricas. En segundo lugar, lo que permite el surgimiento de la metáfora, más que la tensión entre dos términos enfrentados, es el conflicto entre dos interpretaciones opuestas de una expresión. La interpretación metafórica supone, al fin y al cabo, la transformación de una interpretación literal en una contradicción significativa. Se puede decir que la metáfora surge a partir de un esfuerzo por dar sentido a una interpretación literal “incongruente” o “absurda”, tal como la denomina Max Black (Ricoeur, 1995, pág. 63). En tercer lugar, se asigna un valor a la semejanza, cuya función no es la de revestir una idea con una imagen, sino en reducir la brecha entre dos interpretaciones incompatibles. De esta manera, es posible descubrir el parentesco entre cosas que no van juntas y

donde brota una nueva relación de sentido (Ricoeur, 1995, pág.64). Cuando esa disonancia semántica es resuelta, emerge una nueva significación en la oración completa. La auténtica metáfora representa desde ese momento una innovación semántica. Para Ricoeur (2001) este horizonte semántico de extensión de nuevos sentidos determina lo que es una verdadera metáfora o, como la llama el autor francés, la metáfora viva (pág. 103). Las metáforas vivas son “metáforas de invención dentro de las cuales la respuesta a las discordancias en la oración se convierte en una nueva ampliación de sentido” (Ricoeur, 1995, pág.65). Cabe decir que cuando tales ampliaciones de sentido pasan a ser con el tiempo parte de nuestro léxico cotidiano, tales metáforas inventivas se convierten en metáforas muertas. Por eso dice Ricoeur que “no hay metáforas vivas en un diccionario” (Ricoeur, 1995, pág.65).

Hasta este punto, el énfasis ha sido puesto sobre el *sentido* del enunciado metafórico, es decir sobre su estructura predicativa interna. No obstante, se requiere de ahora en adelante precisar el alcance de una realidad extralingüística o sea su *referencia*. Aunque tanto una palabra como una frase tienen sentido y referencia, a Ricoeur le interesa aquí el tipo de referencia que surge en las entidades particulares del discurso llamadas textos y que son composiciones de mayor extensión que la frase (Ricoeur, 2001 pág.29). El texto no puede ser considerado sólo como escritura, sino como una producción del discurso, como una obra. Esa consideración del texto como obra determina el uso de unas categorías específicas: disposición en la interpretación, pertenencia a géneros y realización en un estilo personal (Ricoeur, 2001, pág. 291) ¿Cómo encaja aquí la referencia? Mientras estábamos ceñidos al universo de la oración o de la frase hablábamos de su sentido y de su denotación; ahora que nos movemos en el universo del texto hablamos, en cambio, de la estructura de la obra (como su sentido) y del mundo de la obra (como su denotación). La hermenéutica implicaría el despliegue del mundo de la referencia de la obra en virtud de su

disposición, de su género y de su estilo. Ello requeriría a su vez del acto de la lectura, en el que un lector ponga en intersección el mundo posible del texto con su mundo real.

Pero, ¿cuál es la pretensión de verdad del mundo de la obra? Aquí Ricoeur busca resolver un problema que bien aplica a nuestro tema sobre la experiencia de la enfermedad: según autores como Frege, el avance desde el sentido hacia la denotación, solo es posible en los enunciados de la ciencia (Ricoeur, 2010, Pág.106). Aspectos como el placer artístico carecerán de denotación alguna, siendo solo “sentido”. Esto resulta similar a lo que ocurre en el sistema médico actual, cuando el testimonio del enfermo es descartado por tratarse de un elemento subjetivo que carece de importancia en comparación al saber médico objetivo y científico. Para superar esta aparente limitación, Ricoeur plantea una nueva formulación del problema de la referencia, que no se limita al postulado general según el cual todo sentido requiere una referencia o denotación. De acuerdo con ese planteamiento, una obra literaria sólo puede desplegar un mundo en la medida en que la referencia descriptiva del discurso, poesía o prosa narrativa, sea suspendida (Ricoeur, 2001 pág.293). Esta suspensión de la relación directa del discurso con lo real determina que muchos aspectos de la realidad, de otra manera inaccesible para el lenguaje descriptivo, puedan ser expresados gracias al recurso de la metáfora y su transgresión habitual de los significados usuales de las palabras (Ricoeur, 2010, pág. 27). Como respuesta a la pregunta por la pretensión de verdad del mundo de la obra, podemos decir que el concepto convencional de verdad no queda limitado a la coherencia lógica y la verificación empírica, tal como se asume desde el discurso de las ciencias naturales, sino que debe tomar en cuenta la redescipción del mundo que se alcanza con la acción transfiguradora de la ficción. Una ficción cuya capacidad de ensanchar el mundo descansa en lo que Ricoeur ha llamado el *poder de la metáfora* (Ricoeur, 2012 pág.87). Y ese poder es el resultado de la conexión de la metáfora con la obra como totalidad.

Para explicar este punto conviene esclarecer algunos conceptos que Ricoeur toma prestados de la *Poética* de Aristóteles (Ricoeur, 2012 pág.86). En primer lugar, tenemos a la tragedia como un género que representa el plano de la obra literaria vista como un todo y que tiene tanto un sentido como una referencia. El sentido corresponde a lo que Aristóteles llama *mythos*, un término que bien puede ser traducido como intriga o trama. El *mythos* es el que brinda unidad y coherencia a las acciones representadas. Como tal, el *mythos* es la parte principal de la tragedia, su esencia, por decirlo así. Ahora bien, al escribir tragedias los griegos componían tramas con metáforas incluidas, esto con el propósito fundamental de imitar las acciones humanas de una forma poética. Esa *mimesis*, tal como lo vimos, no significa una reduplicación de la realidad; la *mimesis* no es una copia; la *mimesis* es *poiesis*, es decir construcción, fabricación, creación (Ricoeur 2012 pág. 87). En esa creación se dan, tanto la genialidad del artista, como una imitación de las acciones humanas en que se enaltece a estas. En otras palabras, *mimesis* es el término griego para referirse a la apertura y/o descubrimiento del mundo. A su vez, la metáfora, como parte de la *lexis* (término que designa a una de las partes de la tragedia griega y que podemos traducir como dicción), se incorpora en el *mythos* o trama, y allí se conforma a la intencionalidad de la obra como un todo, es decir, se conecta con la *mimesis*. De esta relación, procede el poder de la metáfora como totalidad (Ricoeur, 2012, pág.87). Aplicadas estas observaciones de Aristóteles a su propia descripción de la metáfora, Ricoeur (2001) concluye que la invención de significaciones a través de la metáfora no tiene otro fin que el de servir a la *poiesis* de la *mimesis*, es decir, que nuevos mundos emerjan en el lenguaje por obra de la poesía (pág.61). Apunta además que, al ser puesta en relación con la *mimesis*, “la metáfora participa de una doble tensión: sumisión a la realidad e invención de la trama; restitución y elevación. Esta doble tensión constituye la función referencial

de la metáfora en la poesía” (Ricoeur, 2001, pág.61). Fuera de esa función de referencia la metáfora languidece en una función sustitutiva y se desvanece como mero adorno.

Hasta este punto tenemos a un enfermo que ha construido tramas donde narra la experiencia de su propia vida trastocada por el fenómeno perturbador de la enfermedad. Su relato se vale de recursos del lenguaje como la metáfora, que en un principio solo parecen embellecer su discurso; pero un examen más atento muestra que esas figuras aluden a algo más. Sobre todo, las metáforas vivas a las que recurre ahora el enfermo no lo reducen a la impotencia como ocurrió antes con el coro de voces que rodeó la aparición de su mal. Parece más bien que esos motivos le ayudan a salir al encuentro de sí mismo, a confrontar el dilema de su condición actual. Más importante aún, el uso de la metáfora viva le concede la reinterpretación de su propia vida a la luz de la enfermedad. Ha pasado esa etapa donde su mayor deseo era volver a las cosas como “estaban antes” y asume ahora las nuevas condiciones de su vida, que no siempre son las mejores; reconoce por fin que el mundo, su mundo, ha cambiado. Él ya es otra persona y en esa transformación ha jugado un papel primordial la posibilidad de inventarse a sí mismo a través de la narración de su propia vida y el uso de unas metáforas reveladoras. Pero ese relato de su vida no es una duplicación fehaciente de la realidad, ni en una secuencia de incidentes ordenados cronológicamente, sino una verdadera refiguración de los hechos que adquieren sentido en la inteligibilidad de la historia como un todo. De hecho, el enfermo que ha construido esa historia, en un momento dado, se sitúa ante ella como si fuese sólo un lector más de este relato.

Ya habíamos visto de qué manera la mimesis implicaba la transición entre la configuración en el relato y la refiguración del mundo en la praxis, esto bajo el título de triple mimesis: prefiguración, configuración y refiguración. La mimesis tendría su cumplimiento en el oyente o lector. De hecho, la mimesis III marca la intersección del mundo del texto y el mundo del lector

(Ricoeur, 2012, pág.34). Es importante comprender que según este concepto de interpretación, no interesa tanto la capacidad del oyente o lector para transportarse al mundo subjetivo del orador o escritor, como su capacidad para abrirse al mundo que la obra despliega. El lector se comprende a sí mismo de cara al texto, de cara al mundo de la obra. Esa comprensión nada tiene que ver con la proyección de los propios prejuicios y creencias, sino con el descubrimiento de nuevas maneras de ser que dan al sujeto una nueva capacidad de conocerse a sí mismo (Ricoeur, 2012 pág. 85). Como concluye Ricoeur (2012): “El lector se va agrandando en su capacidad de proyectarse a sí mismo al recibir un nuevo modo de ser del texto mismo” (pág.85).

Leer, en este caso, implica apropiarse de las proposiciones de mundo que la interpretación despliega y por ello recibir un yo más vasto; sin embargo, eso trae como consecuencia que la subjetividad del lector quede en suspenso. Esa suspensión de los propios prejuicios, de las formas particulares de ver el mundo, posibilita lo que Ricoeur llama la metamorfosis lúdica del ego que se efectúa por vía de las variaciones imaginativas (Prada & Luna, 2020, pág.168). En este juego se apuesta a ser un yo ficticio que, desde la irrealidad del mundo ficcional, incorpora lo vivido en el mundo de la imaginación a nuestro mundo.

Si, como recalca Ricoeur a lo largo de su obra, el conocimiento de sí mismo siempre está mediado por símbolos, entonces el aporte concreto de la mediación narrativa consiste en esa apropiación de la identidad del personaje ficticio que lleva a cabo el lector. El sí mismo, narrativamente interpretado, se pone de relieve como un yo figurado, como un yo que se figura que es tal o cual (Ricoeur, 1999, Pág. 227). La apropiación de los significados vinculados al personaje ficticio de una acción en sí misma ficticia, conlleva que en el ejercicio de las variaciones imaginativas, estas se convierten en las propias variaciones de sí mismo. De esta manera podemos decir que el *yo es otro* (Ricoeur, 1999, pág. 228). La identidad narrativa que se logra descansa en

una *ipseidad* forjada sobre variaciones de sí mismo que echan por tierra las pretensiones del *ego* de constituirse en origen último.

No obstante, aunque la lectura de textos literarios exige poner en suspenso nuestra subjetividad esto no implica una desconexión radical con toda experiencia real o posible, pasada o futura (Prada, 2020, pág. 170). De hecho, para el enfermo la acción de leer una ficción narrativa, rica en metáforas vivas, determina una nueva forma de entablar una relación consigo mismo que, ante el evento de la enfermedad, puede ser una relación terapéutica que le ayude a recuperar la posición de agente de su propia vida; puede significar, también, una relación crítica con aquellas personas, propias o extrañas, que le rodean. Pero este será el tema del siguiente capítulo.

### Capítulo III. Metáfora, narración y enfermedad: dejar al enfermo hablar de sí mismo

El examen de la obra de Ricoeur nos ha suministrado los elementos teóricos que nos permiten comprender cómo el sujeto enfermo puede afrontar el desafío a su identidad causado por una enfermedad crónica o catastrófica, esto por medio de la construcción de ficciones narrativas en las que el uso de la metáfora le da acceso a otras formas de ser sí mismo. En este capítulo queremos sustentar tal propuesta por medio de dos ejemplos tomados de la literatura femenina y en los que, a nuestro modo de ver, se da cabida a esos elementos teóricos propuestos por Ricoeur, en especial en lo que concierne a la importancia de la metáfora como motivo creador de esos “dobles sentidos” que permiten al yo abandonar sus supuestos absolutos.

Antes de eso, examinaremos brevemente los géneros narrativos sobre la enfermedad dada su importancia en la comprensión de los ejemplos que vendrán a continuación. Se debe tener en cuenta que para la ejemplificación que llevaremos a cabo nos basaremos en el concepto de obra que utiliza Paul Ricoeur (2000 pág.100; 2012 pág. 68). De acuerdo con Ricoeur, se entiende por *obra* a la secuencia cerrada de discursos que puede ser considerada como un texto. La obra tiene tres rasgos distintivos: es más larga que una oración, está sometida a una forma de codificación que se aplica a la composición misma y recibe una configuración única que la asimila al individuo. Composición, pertenencia a un género y estilo individual caracterizan al discurso como obra (Ricoeur, 2000, pág.100). Aunque muchos de los discursos sobre la enfermedad que utilizan metáforas entran en la categoría de obras (por ejemplo, artículos periodísticos, códigos legales, papers científicos) no todos ellos parecen tener el alcance suficiente para configurar mundos habitables por el lector y cuando nos referimos a mundos habitables estamos hablando de esos

escenarios en los que pueden tener lugar aquellas relaciones de sentido donde nuestra existencia se encuentra y se proyecta a sí misma. El principal requisito para que una obra tenga ese poder de refiguración descansa en la radicalidad con la que ese texto redescriba la realidad y tal alcance parece ser un privilegio de la ficción. Por otra parte, si bien algunos de los ejemplos de obras antes mencionados pueden usar metáforas, su función referencial es limitada. Más cerca de su uso retórico en esos casos, es en la obra literaria donde la invención de significaciones a través de la metáfora permite la emergencia de nuevos mundos. Por esa razón en el presente trabajo elegimos obras literarias donde fuese claro ese papel creador de la metáfora. Los géneros elegidos participan de esa ambigüedad característica de la literatura moderna, donde los límites entre novela, ensayo y poesía no son claros. Lo que sí requiere una precisión son los géneros narrativos que caracterizan concretamente a la narrativa de la enfermedad y que explicaremos a continuación.

### **1. Géneros narrativos sobre la enfermedad**

A pesar de la aparente variedad de motivos narrativos a los que un sujeto enfermo puede recurrir en un momento dado, estos pueden ser reducidos a tres tipos fundamentales, según Frank (1995, pág.75-76): narración restitutoria, narración del caos y narración de búsqueda. La narración restitutoria hace referencia a aquella narrativa que surge cuando el curso normal de la vida de un sujeto es interrumpido por la aparición de una enfermedad, y, bajo la influencia del discurso biomédico-comercial, se teje un discurso que apunta a la recuperación total del estado de bienestar perdido. Frank señala que el ejemplo típico de esta forma narrativa corresponde al *Libro de Job*, en el cual el personaje principal, como consecuencia de una especie de pulso de fuerza entre Dios y el diablo, sufre la pérdida de sus seres queridos, de todos sus bienes y aparte de eso es afligido por una especie de lepra que lo reduce a la postración (Frank, 1995, pág. 80). Apenas el pleito celestial se resuelve, Dios le retorna a Job todas sus prebendas, incluyendo su salud corporal. En

la actualidad, según Frank (1995, pág.80), la televisión comercializa la historia de Job: una persona es víctima de una enfermedad inesperada y la alarma inicial da paso a la tranquilidad: en algún lugar existe la cura para esa enfermedad que sólo requiere ser adquirida a buen precio. La lección inevitable es que si esa persona vuelve a ser víctima del infortunio de la enfermedad, sabe ya dónde encontrar alivio (Frank, 1995, pág. 116). Está de por medio la certeza moderna de que a cada episodio de sufrimiento del ser humano le corresponde una solución satisfactoria.

Las narrativas de restitución tienen tres abordajes temporales: el prospectivo, el retrospectivo, y el institucional (Frank, 1995, pág. 81) En la narrativa de restitución de tipo prospectivo, la narratividad se caracteriza por una limitada variación imaginativa del sujeto, cuya relación con el presente es de carácter puntual; no son mayores, en este caso, las expectativas futuras (Frank, 1995, pág. 221). En la narración retrospectiva se recurre, por el contrario, a una secuencia cronológica a través de la cual el relato se presenta como una unidad narrativa conclusa. Con una historia cuyo inicio se relaciona con los primeros síntomas de la enfermedad y todo el proceso de encuentro con el médico y el aparataje diagnóstico, y un final, en el cual el mal que afecta al paciente encuentra una resolución positiva. Un final feliz, se diría (Frank, 1995, pág.222). Finalmente, está la narrativa de restitución institucional, que hace referencia al vínculo establecido con el contexto cultural en el cual el sujeto que narra su experiencia de enfermedad se desenvuelve. Las narrativas de restitución son, por lo tanto, relatos que apuntan a una conclusión positiva del fenómeno de la enfermedad. Como bien señala Lovechio, este tipo de narrativa pretende afirmar la posibilidad de un control de los eventos que rompen el curso normal del tiempo (2009, pág.225). Sin embargo, en esta forma narrativa se prescinde de todos aquellos elementos disruptivos en la experiencia del sujeto enfermo y que constituyen un obstáculo a la restitución de su bienestar. En este caso, surge lo que Frank denomina “narrativas del caos” (1995, pág. 97). Estas narraciones se caracterizan por

no tener una secuencia coherente y se oponen a la completitud de las narraciones de restitución. Debido a la carencia de un orden narrativo, tales historias son difíciles de escuchar, no son edificantes y en ellas la posibilidad de un final feliz es escasa. El caos ocasionado por la enfermedad imposibilita la distancia autorreflexiva del sujeto que le permitiría hilvanar un relato de los hechos. No es posible tampoco la articulación de lenguaje alguno, dado que el control racional de los hechos ha sido suspendido como consecuencia del dolor y del miedo. El sujeto personaje ha quedado recluido en el silencio y la única posibilidad de restauración consiste en construir marcos narrativos-lingüísticos que le permitan tomar distancia del caos puro. Como tal, no hay una narrativa desde el caos, pues allí no es posible la articulación de ningún lenguaje. Sin embargo, solo cuando se ha tomado distancia de los hechos es posible configurar algún tipo de relato con el que sea posible restablecer la comunicación con el mundo según un orden temporal y lingüístico (Frank, 1995, pág. 110). A pesar del intento de alcanzar una coherencia narrativa, las historias de este tipo suelen ser rechazadas por no dejar esperanza alguna para el enfermo y su círculo cercano, y sobre todo, por poner en vilo la infalibilidad de los esfuerzos biomédicos por la conservación de la vida.

El tercer tipo de narrativa descrito por Frank (1995, pág.115) es la de búsqueda. Este tipo de narrativa quiere dar un sentido a la experiencia de la enfermedad. Si las historias de restitución quieren hacer de la enfermedad un fenómeno transitorio y las historias de caos remiten, por el contrario, a la tragedia de la enfermedad sin adornos de ningún tipo, las historias de búsqueda quieren confrontar el sufrimiento pero buscándole a este algún sentido. La enfermedad será motivo de un viaje en el que se busca que la persona enferma obtenga algo a través de la experiencia. En esta forma narrativa, sin embargo, las variaciones imaginativas usadas no se limitan a la proyección hacia el futuro, sino que pueden dirigirse hacia el pasado o hacia el momento presente. A través

de la combinación de niveles temporales que no sigue necesariamente un orden cronológico el sujeto enfermo busca reconfigurar su identidad. Frank (1995) señala que esto da lugar a tres facetas de narratividad: *la memoria, el manifiesto y la auto mitología* (pág.117). En la primera se combina el relato de los acontecimientos de la enfermedad con episodios de la vida de quien relata. Los eventos biográficos no son presentados de forma cronológica, ni son descritos con detalle. La narración del pasado es interrumpida por la enfermedad, pero a su vez, las memorias del pasado interrumpen la enfermedad presente. En las memorias más que alguna iluminación al final del relato, se busca la incorporación de la enfermedad hacia la vida del enfermo.

El manifiesto tiene, en cambio, un carácter profético, pues el individuo que transita por la enfermedad considera que su testimonio es una verdad que la sociedad debe conocer. No se trata de contar cómo volver al estado de salud original, sino de utilizar el sufrimiento para movilizar a los demás. El manifiesto afirma que la enfermedad es un problema social, no simplemente una aflicción personal. El tercer tipo de faceta narrativa corresponde a la *automitología*, en la cual la identidad del personaje se vuelve predominante con respecto a los acontecimientos configurados en el relato (Frank, 1995, pág. 230). En la automitología el autor es refigurado no solo como un superviviente, sino como alguien que ha renacido. Su lenguaje, sin embargo, más que de talante político como en el caso del manifiesto, es de índole personal.

¿Qué relación guardan estos géneros narrativos sobre la enfermedad con lo establecido en el segundo capítulo del presente trabajo? Básicamente, conocer estos géneros nos da claridad sobre las formas habituales que toman las narrativas sobre la enfermedad y nos permite alcanzar un juicio sobre su pertinencia con respecto al tema tratado. Así, géneros narrativos como el relato de restitución parecen en muchos casos cumplir con las expectativas de refiguración de la realidad

que una persona enferma quiere alcanzar con una ficción narrativa, pero en la mayoría de los casos se trata de unas expectativas forzadas por el discurso biomédico que se ha incrustado en todos los niveles de la experiencia social. Más que una reconstrucción de su identidad desde la autenticidad de su experiencia lo que encontramos aquí, en muchos casos, es el espejismo de unos ideales de salud ofrecidos a la persona enferma a quien la sociedad de consumo le exige estar bien. El que no se alcance ese estado ideal de salud pasa a ser culpa del enfermo.

Las historias del caos constituyen ese tipo de historias que una sociedad hedonista prefiere no escuchar. Sobre todo, si el desenlace es malo se prefiere poner un velo de vergüenza sobre ese tipo de relatos. Pero aunque este tipo de historias no implique necesariamente un final feliz, no excluye el ideal de reconfiguración de la realidad que se ha planteado. En estos casos, el individuo expuesto a la destrucción pasa por una especie de catarsis que le permite afrontar su destino.

El género donde mejor parece encajar la propuesta de Ricoeur es el de la narrativa de la búsqueda. Tal como lo señalamos, en este caso la enfermedad es motivo de un viaje en el que la persona enferma quiere obtener algo a través de la experiencia; tal meta no puede ser otra que el encuentro consigo mismo, no como repetición de viejas formas de ser, sino como un ensanchamiento de las propias posibilidades personales. La clasificación que nos propone Frank señala tres formas fundamentales en que se concretan los objetivos de ese viaje propuesto. La biografía permite el examen crítico del pasado permitiendo los juegos temporales en que se quiebra la línea continua del tiempo. La automitología señala aquel punto donde el enfermo por fin se ha reinventado como persona y desde donde se ha posicionado ante la sociedad de tal forma que considera necesario que su testimonio deba ser conocido por los demás. Esto último corresponde al manifiesto. A continuación veremos dos ejemplos literarios en los que el uso de estas formas

narrativas específicas constata el papel creativo de la mimesis en la redefinición de la identidad de la persona enferma.

## **2. Dos casos ejemplares sobre la metáfora y la enfermedad**

A través de los estudios hermenéuticos de Ricoeur hemos podido comprender la importancia que adquiere la metáfora en el corazón de una narrativa cuya capacidad de enunciación libera nuevas posibilidades de referencia para el lector. Situados en el problemático campo de la salud y de la enfermedad, tal capacidad resulta valiosa si de ampliar los horizontes del sujeto enfermo se trata. Lo que se pretende es que la voz del enfermo, acallada por diversos consensos científicos y sociales, más o menos evidentes, se haga por fin audible y le permita superar esa subordinación tácita ante el poder médico, a la que parece reducirlo la medicina moderna. Buscamos, ante todo, una narrativa de la enfermedad en que la experiencia vivida por el enfermo pase a un primer plano y convertida en un texto, sea el crisol de un mundo en el que la subjetividad en crisis de otros enfermos encuentre a su vez sendas propicias para la renovación de su propio ser.

En este punto, dos precisiones deben ser hechas. En la medicina narrativa se da especial importancia al testimonio vivo de la persona aquejada por una enfermedad. Ese valor del testimonio descansa en el hecho de que las historias de enfermedad son contadas por cuerpos que son testimonios vivos. Los testigos son lo que ellos testifican. Se pensaría que si queremos que la voz del enfermo recupere su importancia debemos privilegiar su propio testimonio. No obstante, existen abundantes casos donde el testimonio de la enfermedad surge de terceros involucrados o encontramos afortunadas ficciones narrativas que no dependen del testimonio directo de un enfermo para lograr su impacto.

Con respecto al relato de terceros, en muchos casos, estos son un testimonio necesario de la enfermedad, tal vez porque hay situaciones en las que el allegado termina tan involucrado en el proceso nosológico como el enfermo mismo. Esto se vivencia en relatos testimoniales tales como *Paula* de Isabel Allende o *Lo que no tiene nombre* de Piedad Bonnet en los que la situación del enfermo impide un testimonio coherente, pero eso no evita que surja una voz capaz de transmitir esa experiencia radical. La voz de alguien que ha sido afectado por la enfermedad tanto o más que aquel que la padece en su propio cuerpo.

En cuanto a las ficciones, relatos sobre la salud, la enfermedad y la muerte sin aparente correlato real tales como *La muerte de Iván Ilich* de León Tolstói o *Salón de belleza* de Mario Bellatín, cabe decir que son capaces de cambiar la perspectiva sobre la vida y la muerte en el lector. No obstante, dado que en este trabajo nos interesa destacar la experiencia personal de quienes han padecido o padecen de algún mal, daremos preponderancia al relato testimonial en primera persona. Podría pensarse que el relato testimonial sobre la enfermedad debería ceñirse estrictamente a los hechos para cumplir con el propósito de transmitir una experiencia extrema acerca del dolor y el sufrimiento. Sin embargo, una descripción detallada de los diversos síntomas corporales del enfermo, de sus incontables penurias personales, de los interminables peregrinajes en el sistema de salud, no parecen significar nada, a menos que adquieran sentido en el contexto de una historia. Para lograr esto, quien ofrece un testimonio sobre su enfermedad, toma los sucesos más relevantes de su experiencia y los dispone de tal suerte que configura una narración particular. Aun en el más sencillo de los testimonios sobre la enfermedad se da esa previa selección de los hechos narrativos. Se cumple el ejercicio de lo que Ricoeur (2001) ha llamado mimesis II, es decir, la configuración de la trama (pág.130 ss). Sin embargo, esta reorganización de los hechos no siempre es suficiente por sí sola para alcanzar aquellos espacios de doble sentido donde se vislumbran otras formas de

ser-en-el-mundo. Por fiel a los hechos que un testimonio pretenda ser, se requiere que el discurso abandone los significados literales y se abra a las múltiples posibilidades de la imaginación, con el fin de afirmar la identidad del sujeto enfermo. Para ello es crucial el recurso de la metáfora, tal como se verá en los dos ejemplos siguientes.

En el primero, nos referiremos al valiente libro de la poetisa Piedad Bonnet *Lo que no tiene nombre*, en el cual relata la tragedia que vivió por el suicidio de su hijo Daniel, quien padecía de esquizofrenia. A lo largo del libro la autora busca comprender qué fue lo que condujo a su hijo a tomar esa fatal decisión y para ello reconstruye el trágico itinerario de su enfermedad. La incertidumbre biomédica que aún rodea a las enfermedades mentales, sumado al estigma generalizado con el que el cuerpo social señala a todo quien padece este mal, terminaron por reducir al aislamiento al hijo enfermo. En el conmovedor epílogo la autora manifiesta su impotencia de no poder evitar el enorme sufrimiento de Daniel; por eso ahora, Piedad Bonnet (2013) trata de darle un sentido a su muerte y a su propia pena:

Otros levantan monumentos, graban lápidas. Yo he vuelto a parirte, con el mismo dolor, para que vivas un poco más, para que no desaparezcas de la memoria. Y lo he hecho con palabras, porque ellas son móviles, que hablan siempre de manera distinta, no petrifican, no hacen las veces de tumba. Son la poca sangre que puedo darte, que puedo darme” (pág. 131).

Aquella “poca sangre” encuentra su lugar concreto en la metáfora tomada de un texto de Nabokov que precede al epílogo de la obra de Piedad Bonnet (2013), en la que la historia de caos que ha padecido un hombre que ha perdido a su hijo es transfigurada a través la evocación de una hermosa polilla que surge de un capullo:

Tuvo una fugaz sensación de que la vida terrena se extendía ante él totalmente desnuda e incomprensible -atroz en su tristeza, humillantemente inútil, estéril y vacía de milagros...en ese instante se oyó un chasquido -un sonido fin como el de una tensa banda de caucho que se rompe. Sleptsov abrió los ojos. El capullo en la lata de galletas había reventado en un extremo, y una criatura negra y arrugada del tamaño de un ratón, se arrastraba por la pared aladaña a la mesa. Se detuvo , aferrándose a la superficie con sus seis patas velludas, y empezó a palpar de manera extraña. Había emergido de la crisálida porque un hombre abrumado por la pena había llevado una caja de lata a su habitación tibia y la tibieza había penetrado su tensa envoltura de hojas y de seda (pág. 130).

En este caso, la autora pone en juego una variación imaginativa en la que ella asume el papel del protagonista del relato de Nabokov (2013), que el día anterior a Navidad revisa el estudio de su hijo recién muerto; este último, estaría representado por aquella gran polilla *Attacus* “cuyas gruesas alas negras, con un ojo vidrioso dibujado en cada una y vello púrpura espolvoreado sobre sus puntas encorvadas, tomaron una bocanada de aire bajo el impulso de una felicidad tierna, devoradora, casi humana” (pág.130). La gran pesadilla de su hijo Daniel, según describe Piedad Bonnet, era ser diferente. El temor al estigma de su enfermedad era su peor miedo. “Eres distinto, peligrosamente distinto” (Bonnet, 2013, pág.90). No en vano, recuerda que el insecto en que se convirtió Gregorio Samsa, en *La metamorfosis* de Kafka, era también un ser distinto y por eso se le recluyó en un cuarto, lejos de la familia, lejos de la mirada amorosa de su hermana. La metáfora final a la que acude la autora surge también del reino de los insectos, pero en este caso la diferencia no abrumba, la diferencia es, por el contrario, virtud, y el cuarto donde se recluye a Gregorio Samsa corresponde ahora al lugar en donde el padre enlutado redescubre la maravillosa individualidad de su hijo. La metáfora de la polilla que emerge de un capullo que usa Nabokov le permite a Piedad

Bonnet superar el escenario opresivo de la metáfora del escarabajo de Kafka. Una metáfora que define a esa velada pero siempre implacable opinión que tienen “los demás” sobre los males de sus congéneres. Una metáfora que señala los límites de una ciencia que ya no hace lobotomía, ni pone electrochoques, ni amarra con camisas de fuerza, pero que recluye al “bicho” impresentable en el cuarto kafkiano de las drogas antipsicóticas, que no lo curarán, pero que sí mantendrán adormecido su cerebro.

Piedad Bonnet vuelve a parir a su hijo, pero lo hace ahora con palabras, pues estas “no petrifican”. Con su relato ella busca liberar la memoria de su hijo salpicada de prejuicios y rechazos, y se libera ella misma contando a otros que pasan por una penuria similar una historia que puede liberarlos. Se cumple aquí el cometido que pide Ricoeur de una narrativa que rehaga la identidad trastocada, en este caso la identidad como madre de la autora a la que la enfermedad de su hijo puso en vilo.

El otro texto al que haremos referencia son los *Diarios del Cáncer* (2008) de la escritora afroamericana Audre Lorde. Sobresaliente activista social, ella solía describirse a sí misma como “negra, lesbiana, madre, guerrera, poeta”. En 1978 le fue diagnosticado cáncer de mama que implicó una posterior mastectomía. Seis años después, sin embargo, ella descubrió que el cáncer había hecho metástasis a su hígado. Ella murió, víctima del cáncer a la edad de 58 años el 17 de noviembre de 1992.

Los *Diarios del Cáncer* (2008) fueron escritos poco después del primer diagnóstico de la enfermedad. No se trata exclusivamente de un diario como tal, sino que a las anotaciones extraídas de su diario personal, posteriores a la mastectomía, la autora le intercala comentarios profusos en forma de capítulos completos en los cuales reflexiona sobre la propia situación vital, para dar paso

a una ardua polémica del último segmento, donde arremete contra aquellos estamentos que ella considera son los causantes de tan terrible mal en las mujeres.

Desde la primera entrada con fecha del 26 de enero de 1979 (2008, pág.2), Audre Lorde (de ahora en adelante AL) se declara arrasada por el dolor y la desesperación. Siente su conciencia barrida como “vientos lunares sobre una superficie estéril” y en su cuerpo maltrecho “caballos con herraduras hacen estragos, subiendo y bajando por cada nervio”. En entradas posteriores la crisis se acentúa y de la mujer valiente, luchadora parece no quedar rastro. “Siento como si estuviera dando vuelta a mi vida, de adentro para fuera. (...) Debo contentarme con ver cuán poco puedo hacer en realidad y hacerlo con el corazón abierto. No puedo aceptar esto, nunca, como no puedo aceptar que debo dar vuelta a mi vida, comer distinto, dormir distinto, moverme distinto, ser distinta. Como dijo Martha, quiero a mi viejo yo devuelta” (Lorde, 2008, pág.3). La crisis de identidad que manifiesta el sujeto enfermo se evidencia aquí. Toma especial importancia la forma en que ella es vista por los demás: “Soy definida como otra en cualquier grupo del que formo partea de afuera, la extraña, a la vez fortaleza y debilidad” (Lorde, 2008, pág.5) La extrañeza de sí misma alcanza el límite cuando más adelante, en un aparte declara: “Soy un anacronismo, un deporte, como la abeja que no se suponía que volara. La ciencia lo dijo. Yo no debería existir. Llevo la muerte conmigo, en mi cuerpo, como una condenación” (Lorde, 2008, pág.5).

En ese punto, el recurso de la imaginación dispone caminos al yo herido. En la entrada del 10 de julio de 1980 AL sueña que había empezado a entrenarse para cambiar su vida con una maestra que se veía en sombras. “No estaba yendo a clase, pero iba a aprender cómo cambiar mi vida completamente, vivir en forma diferente, hacer todo de manera nueva y diferente”. Una chica, en el mismo sueño, le dice que está tomando un curso en “lenguaje *crazure*”, lo opuesto a *discrazure*

(la rajadura y el desgaste de la roca). AL lo relaciona con “la formación y el quiebre y la composición de las palabras” (Lorde, 2008, pág.6). Si bien la maestra le indica que eso ahora no le servirá de mucho, ella insiste pues le gustaba estudiar la composición de las rocas, y dar un nombre a los distintos ingredientes de los que están hechas. Ese desgaste de las rocas puede bien relacionarse con el desgaste del lenguaje con el que AL interpela al mundo y a ella misma, y, que como consecuencia de la enfermedad ha entrado en crisis, ha comenzado a desintegrarse. Parte considerable de “vivir en forma diferente” implica renombrar las cosas, sembrar en el mundo con metáforas vivas.

La primera de ella es el silencio, porque AL identifica su enfermedad con el silencio, y el cáncer no se limita al crecimiento agresivo de unas células malignas en su seno, sino a toda esa turba de palabras y gestos malignos que la han reducido a ella y otras mujeres a la cárcel del miedo: el cáncer del racismo y de la misoginia. En este punto, la identificación con las palabras de Susan Sontag (1981), también víctima del cáncer de mama son absolutas: “Es casi imposible residir en el reino de los enfermos sin dejarse influenciar por las siniestras metáforas con que han pintado su paisaje. Aclarar estas metáforas y liberarnos de ellas es la finalidad a la que consagro este trabajo” (pág.9). Pero aunque AL quiere echar abajo viejas metáforas sobre el cáncer eso no significa que quiera prescindir del uso de metáforas para referirse a su enfermedad. El paso del silencio al lenguaje que reclama en el primer capítulo de su obra solo puede lograrse engastando metáforas vivas, liberadoras, porque el uso del lenguaje requiere “dar un nombre a los distintos ingredientes de los que están hechos las rocas”. Diríamos aquí que se requiere dar un nombre *distinto* a esos ingredientes.

La segunda metáfora, y tal vez la más importante, surge del encuentro de AL con el espectro ominoso que se cruza en el camino de toda víctima del cáncer de mama: la mastectomía. Debido a un segundo diagnóstico, en el que se encuentra que su tumor es maligno, AL debe sufrir la amputación de uno de sus senos. Ya no se trata tan sólo de un mundo que se ha tornado hostil, sino de la extrañeza con el propio cuerpo. “El año anterior, mientras esperaba casi cuatro semanas para mi primera biopsia, me había enojado con mi pecho derecho porque sentía que, de una forma inesperada, me había traicionado, como si ya se hubiera separado de mí y se hubiera puesto en mi contra, creando ese tumor que podía ser maligno” (Lorde, 2008, pág.25) Y a pesar de que ella acaba por aceptar la pérdida de una parte de sí misma no deja de sentir una profunda tristeza: “Y sin embargo, aún si llorara durante cien años, no podría expresar la pena que siento en este momento, la tristeza de la pérdida” La metáfora fundamental del texto emerge entonces con toda su fuerza: “¿Cómo se sentían las amazonas de Dahomey? Eran solo unas niñas. Pero lo hacían por voluntad propia, por algo en lo que creían. Supongo que yo también, pero no puedo sentir eso ahora” (Lorde, 2008, pág.27)

AL hace referencia a la leyenda de las amazonas, un pueblo de mujeres guerreras que se decía eran descendientes de Ares y de la ninfa Harmonía y al que se solía ubicar en las llanuras del Cáucaso, y en otras historias, en las llanuras de la orilla izquierda del Danubio. Se decía que en su gobierno no intervenía ningún hombre y que para perpetuar la raza se unían solamente con extranjeros. A las niñas les cortaban un seno, para facilitarles el uso del arco y el manejo de la lanza. De allí viene el nombre *amazona*, que en griego significa “las que no tienen seno”. AL refunde esta leyenda con otro relato acerca de unas mujeres guerreras en el reino de Dahomey (hoy Benin) las cuales se destacaron durante el siglo XIX oponiendo resistencia a los invasores franceses.

El poder de esta ficción radica en que a través de ella AL comienza a asumir la nueva situación que presenta su cuerpo luego de la cirugía. “Miré el área operada mientras el médico me cambiaba el vendaje, esperando que pareciera el devastado, poceado campo de batalla de una tremenda guerra catastrófica. Pero lo único que vi fue mi suave piel marrón de siempre, ligeramente tierna e hinchada desde la mitad de mi torso hasta la axila, por donde corría una fina línea cuyos bordes se mantenían cerrados por suturas negras y dos clamps de metal (...) Pensé ¿cuánto tiempo les habrá tomado a las amazonas de Dahomey acostumbrarse a sus paisajes cambiados” (Lorde, 2008, pág.36)

El camino no es fácil y solo la ayuda de otras mujeres negras del movimiento al que ella pertenecía le permite avanzar en su recuperación. Los encuentros con motivo de la celebración de la fiesta Kwanza, el festival afroamericano de las cosechas, le permiten comprender que la confirmación de sí misma, esa forma diferente de vivir, como la llama en su diario, no puede tener lugar sin el reconocimiento de su tradición ancestral africana; tal como lo señala Ricoeur: “No hay autocomprensión que no esté mediada por signos, símbolos y textos”. El autor francés señala una triple mediación, en este caso: la mediación a través de *signos* que confirma el origen lingüístico de toda experiencia humana; la mediación a través de *símbolos* en que se alude a las expresiones de doble sentido por medio de las cuales las culturas tradicionales han denominado los elementos del cosmos, y por último, la mediación a través de textos, cuando el discurso se libera del diálogo cara a cara (Ricoeur, 2010, pág.31). Los signos y símbolos de su tradición africana confirman la identidad de AL en el horizonte originario de una comunidad ancestral, pero es el poder de un texto, en este caso la leyenda de las amazonas, el que le permite confrontar la tiranía del discurso médico científico de restitución que insiste en que ella use algún tipo de prótesis que disimule su amputación. En un pasaje AL describe esta situación: “Ya estaba vestida para irme a casa cuando

la jefa de enfermeras en jefe entró a mi habitación para despedirse. “¿Por qué no tiene puesto el relleno?”, le preguntó a Frances, que a esta altura ya era reconocida por todas como mi compañera. “No quiere usarlo,” explicó Frances. “Ah, no eres lo bastante persistente,” le contestó la enfermera en jefe, y giró hacia mí con una mirada de “basta de pavadas”, y yo estaba demasiado cansada. No valía la pena hacer el esfuerzo por resistirme a ella. Sabía que no me iba a ver mejor (Lorde, 2008, pág. 28).

En el caso de la experiencia vivida por AL, el diálogo médico-paciente o enfermera-paciente no pareció establecer un espacio de confianza en el cual ella pudiera reconstruir su identidad trastocada, sino que se le exigió la restitución de un estado “normal”. Esa normalización, en el caso de las pacientes con cáncer de mama, implica que ellas deban lucir idénticas a las demás mujeres. AL siente eso como una agresión. Ella es diferente y no tiene que ocultar su diferencia. Es una guerrera de Dahomey y la falta de un seno le permite arrojar más lejos las flechas en el campo de batalla. ¿Y cuál es la flecha que arroja AL y en qué campo de batalla? La lucha contra toda intención de invisibilizar el cáncer de mama, la lucha contra las corporaciones que introducen en la alimentación de la mujer común sustancias tóxicas con claro poder carcinogénico. El último capítulo de *Los Diarios del Cáncer* (2008) es un manifiesto (si nos atenemos a la clasificación de Frank) en contra de los servicios de apoyo postquirúrgico que reducen el problema del cáncer de mama a un problema cosmético que puede ser resuelto mediante una simulación protética. Esto le impide a la mujer evaluarse en el presente, y aceptar los planos cambiados de su propio cuerpo. “Dado que estos le resultan ajenos, cubiertos por artefactos protéticos, debe hacer el duelo por la pérdida de su pecho en secreto, como si esta pérdida fuera el resultado de algún crimen del cual fuera culpable” (Lorde, 2008, pág. 49). AL no quiere que las mujeres víctimas del cáncer de mama recaigan en metáforas muertas. La metáfora de la guerrera amazona representa para AL esa nueva

vida que bajo una nueva identidad, una identidad narrativa, ella decidió asumir. Siendo otra a través de un yo ficticio, el de la guerrera amazona, su vida ha devenido hacia una nueva forma de ser ella misma. Su legado, desde su muerte en 1992, ha enriquecido la lucha de otras mujeres que, inspiradas por su libro, y asumiendo el papel de guerreras Amazonas han descubierto el velo sobre una enfermedad que es una de las mayores causas de muerte entre las mujeres, al menos en los llamados países desarrollados.

Como vemos en los anteriores ejemplos, la incorporación de sendas metáforas vivas en el testimonio narrativo, les ha permitido de las dos autoras contar e interpretar su historia de una manera tal que ellas lograron dilatar sus horizontes vitales y no se quedaron estancadas en el trauma de la enfermedad o en el pasado. Podemos decir que al evitar el discurso abstracto sobre la enfermedad, ya sea el discurso biomédico o el propio de ciertos formalismos legales, se revela el poder de la literatura, y más específicamente de la metáfora, para incorporar “la realidad de carne y sangre de lo que significa estar en el mundo”, citando las palabras de la escritora Toni Morrison, y es esta capacidad la que otorga un especial poder en el cuidado de la salud a la práctica narrativa (Frank, 1995, pág. 141).

## Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo principal recuperar la voz del enfermo, habitualmente acallada por diversos consensos epistemológicos y médicos en los discursos sobre la enfermedad. Sobre todo, se quería reconocer la importancia de la metáfora en la interpretación que el enfermo hace de su propia situación vital. Dado que en distintos textos que guardan relación con la enfermedad, desde minutas médicas y mensajes administrativos hasta documentos más personales como diarios o cartas, pasando por anuncios de prensa o corpus legales sobre asuntos sanitarios, es habitual el uso de metáforas, en un comienzo surgió la pregunta del porqué del uso reiterado de esa figura del estilo en un ámbito que, como el de la medicina y todo lo relacionado con ella, pareciera exigir un uso preciso del lenguaje. Si bien la metáfora había sido referida habitualmente como una cuestión retórica, un adorno más o menos afortunado del discurso, enfoques modernos resaltan el importante papel que tienen los conceptos metafóricos en modelar la percepción, la identidad, la experiencia, y buena parte de las formas de comunicación que tenemos. La metáfora cumple no sólo una labor de embellecimiento de la frase, sino que funciona como un dispositivo epistemológico que permite elaborar conceptos referidos al mundo. Esto implica que con el uso de metáforas nosotros no nos limitamos a embellecer el lenguaje, sino que a través de ella adquirimos algún tipo de conocimiento sobre la realidad.

Esto aplica para el caso de la enfermedad. Con frecuencia quienes han sufrido o sufren una dolencia recurren a menudo al discurso metafórico para comprender sus experiencias con ellos mismos o con los demás, pues las metáforas permiten que sensaciones físicas indefinidas como el dolor se vuelvan más concretas (Lupton, 2012, pág. 66-67). Sin embargo, el uso de metáforas para referirse a las enfermedades resulta problemático pues no siempre tiene el mejor efecto sobre la forma en que los enfermos la manejan y en cómo son tratados. La costumbre de usar las metáforas

de enfermedad como juicios morales de hecho expone al enfermo a distintas formas de exclusión. Esto llevó a que una autora como Susan Sontag reclamara un lenguaje sobre la enfermedad que estuviese libre de metáforas.

Como quiera que sea, las malas metáforas son una forma de interpretar el mundo inhóspito al que una persona enferma ha sido arrojada. Ante el menoscabo de su salud el enfermo pierde las antiguas referencias de su identidad, y es el estigma, la idea de que es portador de algo ominoso que lo distingue de los demás, lo que ahora parece definirlo. Por lo general, el estigma tiene el carácter de una metáfora por medio de la cual se singulariza de manera negativa al individuo. Así por ejemplo, a la persona que padecía lepra se le asociaba a figuras de corrupción moral que justificaban su rechazo y aislamiento social, tal como ocurre en los relatos del Antiguo Testamento.

De esta manera, los discursos que en el seno de una sociedad se tejen en torno al fenómeno de la enfermedad acaban por moldear las propias expectativas y sentimientos del enfermo. En ese sentido, la medicina moderna juega un papel crucial en esa construcción social del concepto de enfermedad con el uso reiterado de ciertas metáforas, por ejemplo metáforas militares tales como “la lucha contra el cáncer”, que prácticamente imponen un discurso de restitución al enfermo y le niegan asumir el caos implícito en su experiencia de su enfermedad.

En las reflexiones precedentes se plasma la idea motriz que impulsa el presente trabajo: dado que a través de las metáforas se proyectan mundos que, al parecer, empobrecen las perspectivas de ser del enfermo, debe ser posible otra clase de metáforas por medio de las cuales su historia de vida salga enaltecida, tal como la exigía Aristóteles de la mimesis. La hipótesis que se planteó sugiere que la metáfora, en efecto, tiene tales alcances creativos, pero a condición de que ella trascienda los límites de la palabra y el fraseo a los que parece reducirla la retórica clásica. Por tanto, se requería comprender cómo la metáfora opera en el entorno de la obra, pues el enfermo

sólo logra reconstruir su identidad malograda a través de la configuración de una historia sobre su propia vida. La intención de fondo, como se dijo anteriormente, era devolver la voz al enfermo acallada por consensos de distinto tipo. Por eso se recurrió a la metodología hermenéutica delineada por Ricoeur a lo largo de su prolífica obra, donde entreteje elementos conceptuales como los de identidad narrativa, mimesis y variación imaginativa, que resultaron fundamentales para la demostración de la hipótesis propuesta. La idea que está en la base del pensamiento del filósofo francés es que si el ser humano está en constante fuga de sí mismo, no va a llegar al reencuentro de su identidad estando sujeto al ego cartesiano como su supuesto definitivo. Por el contrario, los caminos de retorno hacia sí mismo estarían mediatizados por los símbolos, signos y textos de la tradición a la que pertenece la persona.

Es este aspecto de la obra de Ricoeur el que nos brinda un concepto fundamental a la hora de deslindar la narrativa del enfermo de aquellas constricciones propias del discurso biomédico o de las versiones de su enfermedad que lo circundan en su vida cotidiana. Con la idea de la autonomía del texto se abren posibilidades de mundos en los que puede explorar otras posibilidades de ser. Mientras en el diálogo existe una situación común a los interlocutores cuya referencia es ostensiva, las referencias que abre el texto no están supeditadas a designar las situaciones vividas por el autor. La interpretación de ese texto ya no buscará la coincidencia entre el espíritu del autor y el espíritu del lector como lo pretendía la hermenéutica clásica. Podemos indicar dos momentos en que ocurre este deslinde: el primero tiene lugar durante la construcción de la trama, cuando el enfermo-narrador recurre a los rasgos estructurales típicos del campo de la acción para construir su historia. Como lo discutimos previamente cuando explicamos el concepto de triple mimesis, a través de la elaboración de una trama el enfermo construye una historia de vida que, de otro modo, quedaría reducida al plano de los eventos biológicos. Pero si bien supera este plano, aún le hace falta

emplear el “factor liberador” que le permita pasar de la configuración de un relato a la refiguración propiamente dicha del mundo de la praxis. Tal factor no es otro que el recurso a narraciones metafóricas que le permitan el acceso a otros mundos posibles. En este punto, se mueve en un ir y venir entre el enfermo-lector y el enfermo-narrador. Esto resulta claro en el texto de AL que utilizamos, en el cual, luego de que ella reconstruye sus vivencias de enferma de cáncer recurre a una viejo relato mitológico para construir una metáfora de su propia situación, luego de la mastectomía. En su carácter de lectora de esa vieja leyenda a AL no le interesa saber si, en efecto, las Amazonas se cortaban un seno o siquiera si habían existido. Lo importante allí es que en el mundo abierto por esa leyenda AL pudo proyectar sus propias posibilidades de ser y convertirse en una guerrera a la que el seno amputado le permite lanzar las flechas mejor. Esa identidad narrativa alcanzada le permite a su vez cuestionar en el tercer capítulo de sus diarios aquellas narrativas restitutorias que le exigían el uso de prótesis para ser “normal”, y, así mismo, denunciar aquellas estructuras de poder que ella entendía eran las causantes de su enfermedad.

El segundo momento tiene lugar cuando la obra creada por AL, ya como un texto autónomo es interpretada por un lector (que puede ser ella misma, como ocurre con un prólogo a los *Diarios del cáncer* que escribió años después) u otro paciente enfermo de cáncer o cualquier persona. Con esta lectura y la atención dada a las metáforas inscritas en el texto surgen nuevas significaciones del lenguaje. Tal capacidad de generar significaciones emergentes es la que permite que nuevos mundos presentes en un texto le den forma a la comprensión de sí mismo por parte del lector. De hecho, el uso de una o varias metáforas permite que una obra, como un todo, consiga tener un carácter metafórico; es decir, la dota de un poder creador en contextos específicos. Con su obra *Los diarios del cáncer* AL da un nuevo significado a su enfermedad, y a ella misma, por sobre “las ruinas” de aquellas interpretaciones mezquinas que reducían su caso al marco de una historia

clínica o a los rumores de pasillo que relacionaban su mal con su orientación sexual o algún pecado oculto inmencionable.

No es distinto el caso de la obra de Piedad Bonnet *Lo que no tiene nombre* en donde aquellas oscuras metáforas de enfermedad que tanto afectaron la salud de ella y de su hijo son superadas en la conclusión del relato, donde otra metáfora, esta sí una metáfora viva, le permite a la autora sublimar el dolor causado por la tragedia. La visión de su hijo como una hermosa polilla que luego de la eclosión eleva el vuelo, le permite a la autora comprender que esa enfermedad ominosa era también una especie de capullo; un capullo que encerraba otras posibles maneras de ser que el mundo, sencillamente, no podía reconocer. Por eso, Piedad Bonnet nos ofrece en el final de su obra las coordenadas de otro mundo, un mundo en el que la diferencia no tiene porqué aniquilar a la persona, un mundo que, por el contrario, invita al lector a una metamorfosis a través de las variaciones imaginativas, para enseñarle a través del antiguo arte de contar historias, cómo llegar a sí mismo convertido en otro.

## Bibliografía

ARMUS, Diego. (Coord.) (2004) *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia*. Medellín, Colombia: La carreta editores E.U.

BONNET, Piedad. (2013) *Lo que no tiene nombre*. Bogotá, Colombia: Alfaguara.

FRANK, Arthur. (1995) *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*. Chicago, United States of America: University of Chicago Press

GARCÍA, Claudia. (2006) *Las fiebres del Magdalena*. Bogotá, D.C., Colombia: EDIPRIME LTDA.

HAYS, Jo. (1998) *The burdens of disease. Epidemics and human response in Western history* Rutgers University Press, New Brunswick , New Jersey and London.

JURECIC, Ann. (2012) *Illness as narrative*. Pittsburgh, United States of America: University of Pittsburg Press.

KIM, K. (2007) *The social construction of disease. The scrapie to prion*. Routledge, New York

LAKOFF, George. y JOHNSON, Mark. (1980) *Metáforas de la vida cotidiana*. Novena edición. Madrid, España: Cátedra, Teorema.

LORDE, Audre. (2008) *Los Diarios del Cáncer*. Rosario, Argentina: Hipolita ediciones,

LOVECHIO, Chiara. (2009) *Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica*. Tesis Doctoral. Departamento de filosofía, lógica y filosofía de la ciencia. Universidad de Salamanca, España.

LUPTON, Deborah. (2012) *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia

NERLICH, Brigitte; HAMILTON, Craig. and ROWE, Victoria. (2002) Conceptual foot and mouth disease: The socio-cultural role of metaphors, frames and narratives *metaphoric.de* 02/2002 pag. 90-108

OBREGON, Diana. (2002) *Batallas contra la Lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia* Medellín, Colombia: Editorial Universidad EAFIT.

PRADA, Manuel LUNA, José Luis. (2021) Hacia una fenomenología de la lectura. Ricoeur y Husserl en diálogo en torno a las variaciones imaginativas en la lectura de textos de ficción. *Investigaciones fenomenológicas, n.17, 155-176*

RIBEIRO, Bárbara; HARTLEY, Sarah; NERLICH, Brigitte y JASPAL. Rusi. (2018) Media coverage of the Zika crisis in Brazil: The construction of a “war” frame that masked social and gender inequalities *Social Science & Medicine* 200 (2018) 137-144

RICOEUR, Paul. (1995) *Teoría de la Interpretación. Discurso y excedente de sentido*. México: Editorial Siglo XXI Editores.

RICOEUR, Paul. (1999) *Historia y Narratividad*. Madrid, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A

RICOEUR, Paul. (2001) *La metáfora viva*. Madrid, España: Editorial Trotta

RICOEUR, Paul. (2004) *Tiempo y Narración I Configuración del tiempo en el relato histórico*  
Quinta edición en español, México: Siglo XXI editores.

RICOEUR, Paul. (2006) *Sí mismo como otro*. México: Editorial Siglo XXI Editores.

RICOEUR, Paul. (2008) *Tiempo y Narración II. Configuración del tiempo en el relato de ficción*. Quinta edición en español, México: Siglo XXI editores.

RICOEUR, Paul. (2010) *Del Texto a la acción. Ensayos de Hermenéutica* Buenos Aires:  
Argentina: Fondo de Cultura Económica

RICOEUR, Paul. (2012) *Escritos y Conferencias 2*. México: Siglo XXI Editores.

ROSENBERG, Charles. (1997) *Framing Disease. Studies in Cultural History*. Rutgers  
University Press New Brunswick, New Jersey. United States of America.

SONTAG, Susan. (1981) *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, España: Muchnik Editores.

STARR, Paul. (1982) *The Social Transformation of American Medicine*. New York, United States of America: Library of Congress.

WALLIS, Patrick. y NERLICH, Brigitte. (2005) Disease metaphors in new epidemics: the UK media framing of the 2003 SARS epidemic *Social Science & Medicine* 60 (2005) 2629-2639.

WASHER, Peter. (2005) Representations of mad cow disease. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 457-466.