

## ***Hermenéutica del discurso del enfermo***

*(Hermeneutics of the Patient's Discourse)*

Carlos Zamarrón Sanz

### **Abstract**

*Illness episodes are events in the life of patients, which stand out in their narratives. Being ill is to be interpreted as ill. In this hermeneutical process, the analysing of the story is decisive. The objective of our study has been to analyse the clinical interviews of patients with respiratory diseases. Through qualitative methodology, codes related to the experience of the disease were created. Subsequently, the textual content linked to the codes was discussed considering the contemporary hermeneutical philosophy. Text coding of the text shows that the units of meaning related to respiratory disease occupy less than a half of those of the textual corpus. If we circumscribe the encounter from a conventional point of view, we can consider just a part of the speech of the patient, which is predetermined by our methods and conceptual networks. Human experience is associated with the act of telling in time. The testimonies show that health is an unconscious process, when everything flows smoothly, without obstacles. It is the ability to achieve vital goals. The disease alters the life of the patient, his projects and the previous balance.*

**Keywords:** hermeneutics, respiratory disease, clinical encounter, narrative of the patient, qualitative methodology

## **Resumen**

*Los episodios de enfermedad constituyen acontecimientos en la vida de los pacientes, que estos destacan en sus narraciones. Estar enfermo es ser interpretado como enfermo. En ese proceso hermenéutico resulta determinante el análisis del relato. Nuestro objetivo ha sido analizar el texto de las entrevistas clínicas de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Mediante metodología cualitativa se crearon códigos relacionados con la experiencia de la enfermedad. Posteriormente, el contenido textual vinculado con los códigos se discutió a la luz de la filosofía hermenéutica contemporánea. La codificación pone de manifiesto que las unidades de sentido relacionadas con la enfermedad respiratoria ocupan menos de la mitad de las del corpus textual. Por tanto, si circunscribimos el encuentro con el enfermo a la perspectiva convencional, podemos llegar a hacernos cargo solo de una parte de su discurso, la que apuntan nuestros métodos y redes conceptuales predeterminadas por nuestra preparación médica específica. La experiencia humana está asociada al acto de relatar en el tiempo. Los testimonios ponen de manifiesto que la salud es un proceso inconsciente, cuando todo fluye sin problemas, sin obstáculos. Es la capacidad para alcanzar los objetivos vitales. La enfermedad altera la vida del enfermo, sus proyectos y el equilibrio previo.*

**Palabras clave:** hermenéutica, enfermedad respiratoria, encuentro clínico, relato del enfermo, metodología cualitativa

## **1. Introducción**

En la medicina actual, cuando un paciente se siente enfermo acude a una consulta médica, relata sus síntomas y es sometido a una exploración. Tras esta evaluación se elabora una hipótesis diagnóstica

que habrá de confirmarse mediante un protocolo. Si el diagnóstico se confirma, el médico prescribe un tratamiento y aporta unas expectativas de evolución.

La ciencia médica moderna, analiza la patología, estudia su origen, su fisiopatología, su lógica, pero oculta todo lo que no es la enfermedad. La salud no es abordable por la técnica, porque no es sometible a medida y no hay concepto claro para la salud, como no hay elementos para definir el ser, hay que desocultarlo. Para alcanzar el diagnóstico de la enfermedad que padece el paciente, nos apoyamos en métodos, en protocolos, en los datos de la historia clínica, pero también en el relato del enfermo y en la reconstrucción de la enfermedad en su contexto biográfico. Verdad y método, biografía y epistemología no son excluyentes sino complementarios. Nuestra manera de abordar la verdad no solo es metódica.

El relato aportado por el paciente tras preguntas concretas del médico, junto con los datos obtenidos de la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias son elementos esenciales de este modelo de asistencia médica. Nos aproximamos a la enfermedad mediante procedimientos y metodología científica. Pero la enfermedad que padece el paciente es compleja y no puede acotarla el protocolo. La información que maneja el médico sobrepasa frecuentemente el método y no se puede ceñir a un protocolo. La realidad médica es abierta e indeterminada. La elección de una u otra prueba, de uno u otro dato incluye una acción creativa, hermenéutica, que no cabe sujetar a determinación. Nuestra aproximación a la enfermedad también tiene un componente de tipo interpretativo.

La historia clínica es el elemento fundamental de la práctica médica y se crea durante el encuentro clínico, un proceso de diálogo entre paciente y médico, donde el primero acude con un relato o concepción previa de la experiencia vivida y el segundo con un bagaje epistémico sobre la enfermedad. El texto que conforma la historia

clínica contiene el significado que el paciente asigna a los síntomas, la interpretación realizada por el médico a partir del relato del paciente y los datos de la exploración y de las pruebas complementarias realizadas. El relato sobre la experiencia del paciente en relación a la pérdida de la salud suele ser el núcleo de ese encuentro. Este relato debe ser interpretado también por el médico dando como resultado una comprensión más completa y compartida que lleve al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Cada uno de estos relatos constituye un punto de vista singular, una manera de abordar los problemas por parte del paciente (Domingo Moratalla 2011). La vida, como escribe Ricoeur, es un relato en busca de narrador (Ricoeur 2006). Cada paciente aporta un relato distinto donde nos expone su experiencia como enfermo.

La hermenéutica de la medicina está fundamentalmente orientada a la acción de curar, sobre la base de la consulta médica. El médico actúa como mediador entre paciente y enfermedad facilitando el diálogo hermenéutico entre estos interlocutores. La asistencia en los sucesivos encuentros clínicos y el tratamiento tienen como objetivo restablecer el equilibrio perdido, una comprensión auténtica, un retorno a la morada. Como resultado de este intercambio o fusión de horizontes ambos protagonistas habrán de reconstruir hermenéuticamente el sentido de lo acontecido, teniendo en cuenta la experiencia el otro y con vistas a una resolución del problema.

No todo lo que aporta la historia clínica es cuantificable y medible. Algunas cosas solo el enfermo puede expresarlas mediante su relato. La hermenéutica es esencial en la relación entre el médico y el enfermo porque el sufrimiento del hombre es una realidad no medible, no recortable con el diente afilado y aséptico del método científico (García-Sabell 2011: 19). Una hermenéutica aplicada al discurso del enfermo confirma la dimensión existencial y ontológica inherente al lenguaje, en el que las metáforas, símbolos, comparaciones y toda una serie de

figuras del lenguaje tienen una gran relevancia. No son meros adornos del discurso sino núcleos de sentido profundo.

En este estudio nos hemos propuesto analizar el relato de los enfermos con enfermedades crónicas respiratorias mediante metodología cualitativa. Hemos tratado de saber si es posible realizar una hermenéutica del discurso del paciente, siguiendo patrones muy consolidados de la hermenéutica filosófica. De su hermenéutica resultarán aspectos relacionados tanto con su enfermedad como con su propia biografía y su propia condición humana.

## 2. Metodología

Hemos analizado el relato de 394 pacientes con enfermedades crónicas respiratorias, pertenecientes a una consulta hospitalaria de neumología. Utilizando software de análisis cualitativo (QDA MINER®) (Figura 1) se ha codificado el texto del relato de los enfermos, recuperando los segmentos codificados. Posteriormente, el contenido textual vinculado con los códigos se discutió considerando la filosofía hermenéutica contemporánea.

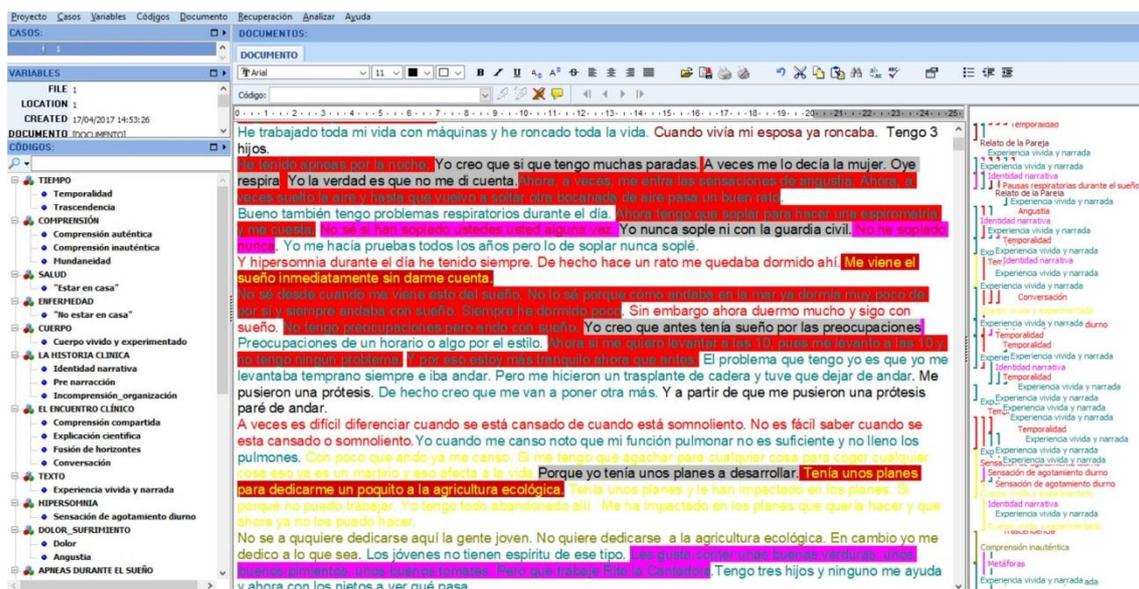


Figura 1: Pantalla de codificación en la herramienta informática de análisis cualitativo (QDA Miner). A la izquierda está los códigos empleados, en el medio los segmentos de texto codificados y a la derecha los códigos empleados en la codificación del texto.

### **3. Resultados y discusión**

La codificación del texto del discurso de los enfermos estudiados pone de manifiesto que las unidades de sentido relacionadas con la enfermedad respiratoria ocupan 46% de los segmentos de texto codificados. Los códigos relacionados con la sintomatología respiratoria incluyen la información extraída de la anamnesis convencional de estas enfermedades, síntomas como fatiga, dolor torácico, tos, etc. Estos datos son la base para el diagnóstico de las enfermedades. Pero más de la mitad de los segmentos de texto codificados no se refieren a estos síntomas sino a otros aspectos de la enfermedad. Esta información complementaria, que también está contenida en el relato del paciente, no la captamos con las teorías científicas o médicas convencionales. La tarea de desocultación o reconstrucción de esas unidades de sentido, que escapan a la codificación médica convencional, puede apoyarse en la filosofía hermenéutica y en la codificación del relato del paciente como texto.

En el caso del modelo convencional de atención médica las unidades de sentido son los síntomas, signos y resultados de las pruebas complementarias. En este modelo de asistencia atrapamos con nuestras redes conceptuales, nuestras teorías médicas, solo una parte del discurso del enfermo. Pero una buena parte del relato del paciente, alrededor de la mitad del discurso, es información no extraíble mediante las teorías médicas convencionales. Aquí necesitamos otra forma extraer esta información, precisamos interpretar el relato de la experiencia de la enfermedad a la luz de la hermenéutica. En este sentido, en los últimos años varios autores han utilizado la hermenéutica en el análisis de diferentes problemas de salud (Benner 1985; Diekelmann 1992; Kellett 1997; Paley 1998; Sigurdardóttir 1999; Svenaeus 2000a; Wilson 2014).

La hermenéutica es una construcción de sentido, del sentido de la realidad. En medicina la realidad en la que no movemos son los fenómenos, tanto externos como internos, asociados a la enfermedad.

En el testimonio siguiente el paciente refiere que tiene dolor de cabeza y tos. Se le realiza una radiografía y una analítica.

*Tengo dolor de cabeza y mucho moco en la nariz. Tos a veces no tengo, pero a veces tengo mucho. Me viene en cualquier momento desde hace 6 meses. También tengo sensación de opresión en el pecho. El médico me ha pedido una radiografía y unos análisis... (Caso 374).*

Las guías clínicas y los protocolos nos permiten estudiar las características de esos fenómenos. Con los datos obtenidos en la entrevista del paciente y en las pruebas complementarias realizadas podremos conocer la causa del problema de salud y proponer un tratamiento. Realidad y conocimiento, enfermedad y teoría médica se encuentran íntimamente relacionados. Su objetivo es controlar la enfermedad.

Pero el paciente añade más información en su testimonio insertando los síntomas clínicos en su biografía. El paciente da sentido a todo ello, a todo lo que le pasa, mediante la construcción de un relato.

*...A mí lo que me preocupa ahora es la tos. De lo que me quejo es por la tos, aunque nunca fumé. Mi padre murió de cáncer de pulmón. Que sería de mi familia si me pasa algo. El dolor de cabeza me da igual. A veces sueño con estas cosas. Me despierto y luego no puedo dormir. El dolor de cabeza será por falta de sueño (Caso 374).*

Este caso no es solo abordable mediante metodología científica, guías clínicas y protocolos, necesitamos interpretar la información de la narración encajándola en la biografía y en la vida del enfermo.

La narratividad en el campo médico puede configurarse como una herramienta hermenéutica, que nos permite encontrar el sentido del problema de salud a través del relato y de la interpretación que de él se haga. Esta interpretación se va construyendo a medida que el paciente va pasando por los distintos puntos del proceso asistencial, un proceso donde entran y salen diferentes unidades de sentido que habrán de ser conjugadas. Durante este proceso asistencial debemos extraer no solamente del relato información de los síntomas respiratorios sino de otras unidades de sentido relacionadas con la experiencia de la enfermedad. La hermenéutica da sentido a todo ello, ya que permite reivindicar que el testimonio del enfermo tiene valor de verdad y aporta una forma de entender el mundo.

La verdad es el pilar básico de la confianza que todos necesitamos para vivir, para comprender mejor la realidad y también para entender nuestra experiencia de la enfermedad. Si consideramos verdad, en un caso clínico concreto, como la realidad que estudia e identifica la teoría médica, la inclusión del relato sobre la experiencia de la enfermedad puede incrementar el valor de verdad. La verdad no es abordable solo con el protocolo, necesitamos de la hermenéutica. En el mundo de la medicina no solo hay hechos sino también interpretaciones. Nuestro diálogo con la realidad es siempre interpretativo.

### *3.1 La experiencia de la enfermedad. El relato y su interpretación*

En algunos testimonios puede observarse la inserción de los problemas de salud en los itinerarios vitales de las personas que lo padecen, en su propia vida. También se observa la interdependencia entre los problemas de salud y la vida. La enfermedad configura un patrón o un modo de "estar en el mundo" diferente al de la salud y el tratamiento

es el intento de modificarlo para de minimizar el impacto de vivir enfermo.

La enfermedad afecta al estado de ánimo, mezclándose síntomas físicos e inquietudes vitales.

*Cuando tengo dolor contesto mal sin tener razón. Ahora estoy como derrotado. Una cuestita, por pequeña que sea, tengo que parar para coger aire. Ahora, a veces, me entra la sensación de angustia. Ahora, a veces suelto una vez el aire y hasta que vuelvo a soltar otra bocanada de aire pasa un buen rato (Caso 388).*

*Dice estar preocupada por sus problemas de salud, que ha estado ingresada muchas veces en el hospital y quiere operarse para mejorar la calidad de vida (Caso 76).*

El paciente interpreta la experiencia de la enfermedad. La distanciamiento y la apropiación forman parte del proceso interpretativo, facilitando la aparición de la comprensión (Geanellos 2000). La distanciamiento es la condición de posibilidad de cualquier comunicación. Un texto está dirigido a alguien, a cualquiera que pueda leerlo. Un lector concreto puede apropiarse del significado del texto (Silva Arévalo 2005). Si este texto es una historia clínica, o el relato de enfermedad, el proceso interpretativo también requiere un intérprete para la comprensión. En este caso, el médico. La actitud empática del médico hacia el paciente hace posible el respeto y la dignidad de la relación médico-paciente.

Comprendemos al sujeto por lo que dice. Somos como el relato que cuentan de nosotros.

*Yo soy poco positivo. Veo las cosas retorcidas desde hace años atrás y no le veo razón de ser, pero no puedo evitarlo (Caso 35).*

Al comprender el relato nos comprendemos a nosotros mismos, gracias a la capacidad de reconocimiento en el otro (Agís Villaverde 2011: 180).

La comprensión que tenemos de nosotros mismos es una comprensión narrativa, que no puede realizarse fuera del tiempo y por tanto fuera del relato. Existe pues una equivalencia entre lo que soy y la historia de mi vida.

La dimensión narrativa del hombre le es constitutiva, es la base de la auto comprensión. Esta dimensión narrativa es a la vez una construcción histórica y de ficción. La memoria me aporta el conjunto de documentos que poseo sobre mi propia experiencia, fotos de familia, acta de nacimiento, etc. Pero además el ser humano hace un relato de todo ello. El relato que hago sobre mí mismo es la novela de mi vida, en la que voy configurando mi propia existencia a través de diferentes tramas (Ricoeur 2013: 195–196).

La práctica narrativa se atribuye comúnmente a las enfermedades mentales, a los delirios, en donde el sujeto siempre es el protagonista de su trama. Pero también ocurre en alteraciones puramente orgánicas. La construcción de ficciones no es resultado solo de un delirio sino un ejercicio de justificación ante el entorno, de autocomprensión y de comprensión de la realidad.

*Me reventó una bombona de aire comprimido y me rompió las costillas. Eso reventó porque estaba gastado. Me afectó todo al pecho. Perdí el conocimiento. Me trajeron al hospital. Unos me dicen una versión de lo que sucedió y otros me dicen otra. A partir del accidente ya no volví a ser la misma*

*persona porque con la mano ya no volví a poder trabajar. Lo que más me fastidia es la mano. Yo era una persona muy activa, trabajaba mucho*

Al escuchar la voz del paciente nos imaginamos su experiencia vivida, su sufrimiento. El médico actualiza el relato del enfermo y lo hace propio, introduciéndolo en sus redes conceptuales para llegar a un diagnóstico y un tratamiento, pero también interpreta la experiencia del enfermo. Cuando el médico escucha el relato del paciente sigue la trama y, de algún modo, participa de su mundo narrativo (Charon 2001).

El relato es capaz de convertir el dato, la anécdota, en algo que es relevante y revelador. Sin interpretación los datos no nos dicen nada, se comprenden difícilmente. El objeto de los relatos es dotar de sentido a los datos ya que los meros datos son en sí mismo mudos. Para que nos digan algo tienen que estar necesariamente dentro de un marco interpretativo.

*Una cuestita por pequeña, de unos metros, que sea tengo que parar para coger aire. Me digo ivenga que tú quieres!, pero tengo que parar (Caso 23).*

En el testimonio previo el hecho de parar tras caminar unos metros se convierte mediante el relato en su experiencia de enfermedad. en relevante para la persona que lo padece.

Para interpretar un relato hemos de tener en cuenta los prejuicios. El proceso de interpretación debe comenzar con la conciencia del intérprete sobre sus pre-comprensiones, en definitiva, lo que le predispone hacia una opinión determinada (Porter & Robinson 2011: 88–91). Estas ideas preconcebidas pueden venir del conocimiento previo disponible, tanto del médico como del enfermo.

En el testimonio que sigue el paciente intuye, por información obtenida de diferentes fuentes, que se va a someter a una intervención quirúrgica complicada.

*En la operación no me dan garantías de que quede bien porque el postoperatorio es complicado (Caso 359).*

Al contar la historia, cada persona selecciona un determinado enfoque, un lenguaje, unas imágenes, elige algunos datos, omite otros, enfatiza algunas cuestiones. Las narrativas son plurales y tienen diversas interpretaciones posibles. El relato que hace el paciente de su vivencia es absolutamente cierto en tanto que expresa una experiencia subjetiva e intransferible. Otra persona con información similar podría elaborar un relato parcial o sustancialmente diferente con una interpretación alternativa.

Koslander analiza 32 relatos sobre experiencias espirituales. Para interpretar las narraciones de manera hermenéutica se basa en la filosofía de Gadamer<sup>1</sup>. Los relatos de estos pacientes mostraron diferentes tipos de experiencias religiosas, algunas pueden considerarse positivas, otras negativas, o de ambos tipos. En este estudio los prejuicios fueron los conocimientos aportados por otros autores sobre el tema de estudio y las experiencias espirituales previas de los propios pacientes (Koslander et al. 2013). En definitiva, los pacientes pueden presentar una misma enfermedad y patrones similares de síntomas, aunque las vivencias pueden ser diferentes, de tal forma que a nivel subjetivo es difícil establecer una regla o dato

---

<sup>1</sup> Un texto vive su propia vida y transmite un significado que no es necesariamente el de su autor. El texto es una fuente que siempre tiene un mensaje, independientemente de cuando se escribió. El proceso de interpretación comienza con la conciencia del intérprete de lo que trata un texto y sus prejuicios, es decir, lo que le predispone y, por tanto, puede impedirle ser imparcial u objetivo (Gadamer 2005).

probable y esperable asociado a esa enfermedad. El paciente interpreta la enfermedad en relación con experiencias previas, su cultura, sus valores o su forma de afrontar el mundo. Hay muchas formas de interpretar un relato y puede haber un conflicto de interpretaciones. Los relatos pueden definirse en función de cómo se plantean y resuelven los conflictos. Hay relato donde hay conflicto.

La hermenéutica de Ricoeur nos permite explorar el conflicto de interpretaciones que se produce en cualquier contexto investigador. Este autor ha reconocido la centralidad de este proceso o conflicto entre diferentes formas de ver un problema al otorgarle a uno de sus libros el título *El Conflicto de las Interpretaciones*, una referencia al tipo de actividad que cada intérprete debe realizar para reducir la polisemia de los signos textuales al significado que se ajusta a la situación dada (Ricoeur 2004: 89). Van der Zalm y Bergum piensan que es posible utilizar esta forma de analizar la realidad en ciencias de la salud dada la multiplicidad de situaciones o fuentes de sentido en esta área. Aunque la investigación interpretativa, como la hermenéutica, no prescribe la acción para su uso en la práctica clínica, sí influye en una práctica reflexiva y atenta al revelar los significados de la experiencia humana. Su contribución no consiste en desarrollar una teoría predictiva y prescriptiva, sino en revelar la naturaleza de la experiencia humana. (Van der Zalm & Bergum, 2000). El diagnóstico final de muchos enfermos se realiza tras discutir sus relatos en las sesiones clínicas, discutir interpretaciones. El diagnóstico diferencial es el modo de identificar una determinada enfermedad mediante la exclusión de los cuadros clínicos semejantes al que el paciente padece. El conflicto entre las diferentes interpretaciones de la historia clínica está en la base de este proceso. Se trata de identificar lo esencial, filtrar lo periférico, tener en cuenta ciertos síntomas y signos evitando otros, a fin de descifrar el texto de forma creativa y encontrar lo que padece el paciente. Debemos tener en cuenta que cada diagnóstico es

la previsión imaginaria del médico sobre cuál podría ser la verdad sobre el paciente. En términos médicos, es un juicio clínico.

Malcolm estudia cuatro narraciones de pacientes con enfermedad respiratoria crónica con el objetivo de evaluar los relatos y discutir el conflicto entre diferentes interpretaciones. Tras analizar la relación entre estos relatos y las contingencias biográficas y factores sociales de los pacientes, se observa que la estructura social y la experiencia corporal son interdependientes. La lectura de la realidad del enfermo es sensible al posicionamiento social del narrador y también al contenido específico que se transmite. Las categorías demográficas como género y edad y el momento del diagnóstico influyen en la experiencia de la enfermedad, al igual que las contingencias culturales, la trayectoria biográfica, las experiencias de movilidad social y el curso de la vida (Malcolm et al. 2017).

Lindahl realiza una entrevista a nueve pacientes adultos con enfermedades respiratorias crónicas muy avanzadas que precisan tratamiento con soporte ventilatorio domiciliario. Su objetivo es conocer el significado para el paciente de depender de este equipamiento, su experiencia de enfermedad. Los relatos se analizaron utilizando un método fenomenológico-hermenéutico inspirado en la filosofía de Ricoeur<sup>2</sup>. El relato puso de manifiesto la importancia para estos pacientes del hogar como un espacio cómodo y seguro. También los relatos reflejan la fragilidad y al mismo tiempo la resistencia de su cuerpo enfermo. Aunque los pacientes experimentan la tecnología como una carga, son conscientes de que la misma es un alivio para las limitaciones de su cuerpo. Los pacientes se esfuerzan por vivir en el presente. Además, tienen tendencia a confiar en los demás y a entregarse a veces a ellos ya que necesitan su apoyo. Los relatos

---

<sup>2</sup> La interpretación de los textos se establece en tres pasos: interpretación ingenua, análisis estructural e interpretación crítica, expuesta en Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido (Ricoeur, 1995).

aportan la idea de que estos pacientes experimentan una fuerza vital que aporta independencia, seguridad y coraje a la vida diaria. El poder vivir en el domicilio, estar en casa con un soporte ventilatorio y no en el hospital, se interpreta con el propósito de mantener la autonomía e interacción con otros seres humanos, ser capaz de elevarse por encima de uno mismo y de los límites personales para vivir una vida aceptable (Lindahl et al. 2003). En definitiva, a pesar de padecer una grave enfermedad estos pacientes se adaptan a la misma y hacen una vida independiente en su domicilio.

Lindqvist y Hallberg realizaron un estudio sobre las experiencias de enfermedad de los pacientes con enfermedad respiratoria crónica, en concreto sobre las percepciones sobre la causa de la enfermedad respiratoria y las experiencias cotidianas de estos pacientes. Los relatos ponen de relieve al tabaquismo como causa de esta enfermedad. Los pacientes se sienten culpables de tener una enfermedad autoinfligida y desarrollan distintas estrategias para gestionarla. Entre ellas está el dar sentido a su existencia ajustándose a las limitaciones, a las restricciones corporales o crear conformidad con la medicación diaria. También los relatos ponen de manifiesto que estos pacientes se rinden al destino e inventan excusas para continuar fumando (Lindqvist & Hallberg, 2010). Todo ello no puede explicarse porque estos pacientes, además de la enfermedad orgánica, pueden asociar alteraciones psicológicas que influyen en la experiencia de enfermedad. Distintos estudios han mostrado que los enfermos con enfermedad respiratoria crónica tienen baja autoestima y tendencia depresiva (Nicolson & Anderson 2003), sobre todo en las exacerbaciones agudas (Bailey 2004).

### 3.2 La metáfora en el relato

El paciente recurre frecuentemente para dar sentido a su experiencia a metáforas, utilizando cualquier herramienta útil para hacerse entender. Las metáforas nos ayudan a expresar lo que nos pasa.

*La cabeza la tengo embotada, como si tuviera apretada la frente. Luego durante el día me va pasando. Cosas que no son obligatorias no las hago porque me levanto mal (Caso 25).*

Las experiencias emocionales son notoriamente difíciles o imposibles de transmitir mediante el lenguaje literal. Los procesos del pensamiento humano son en gran medida metafóricos. La metáfora crea nuevos significados, crea una nueva realidad (Ricoeur 2001: 16).

La hermenéutica de la medicina se vuelve excepcionalmente compleja por su amplia variedad de formas textuales. Daniel describió al "paciente como un texto", una metáfora que subyace con la idea de que la medicina clínica es una actividad hermenéutica (Daniel 1986). Esta proposición es corroborada por Leder quien describe diferentes textos dentro de la historia clínica: un "texto experiencial" de la enfermedad tal como lo vivió el paciente, un "texto narrativo" constituido durante la realización de la historia, un "texto físico" del cuerpo del paciente examinado objetivamente y finalmente, un "texto instrumental" construido por tecnologías de diagnóstico (Leder 1990).

Para Dekkers la metáfora del "paciente como un texto" es útil. Sin embargo, hay dificultad para identificar el texto más importante a interpretar, de los cuatro tipos existentes descritos por Leder. El texto clínico no es solo una abstracción de la enfermedad. El médico y el paciente están implicados en el significado existencial y biográfico de la enfermedad (Dekkers 1998).

Interpretar el discurso de un enfermo es un modo de comprenderle. Somos comprendidos porque todos estamos mirando al mundo, y este se puede interpretar utilizando el lenguaje. En la última sección de *Verdad y Método* el lenguaje se presenta, por tanto, como horizonte para la elaboración de una ontología hermenéutica. Se insiste en el carácter lingüístico de nuestra experiencia del mundo, aquello que hace surgir, que articula y expresa la verdad del mundo (Gadamer 2005).

### *3.3 El tiempo en el paciente enfermo*

La narratividad en el tiempo marca la biografía del hombre enfermo. Como puede observarse en el testimonio, una característica de los relatos es la temporalidad.

*Hace 3 meses tuve un cuadro de amnesia que me paso en unas horas, pude seguir trabajando en mis cosas (Caso 107).*

La experiencia humana está asociada y marcada por el acto de relatar en todas sus formas y tiene un carácter temporal. Todo lo que se desarrolla temporalmente puede ser relatado. Es difícil reconocer algo como temporal si no es relatable (Ricoeur 2001: 16).

La narración se realiza en el tiempo. El mundo desplegado por toda obra narrativa es siempre un mundo temporal, como la propia existencia humana. En la medida en que la existencia humana es temporal, la narración solo se puede articular a través de un género de discurso que es también temporal, y no mediante un conjunto de proposiciones asertivas. El tiempo se hace tiempo humano cuando se articula de modo narrativo; a su vez, la narración es significativa en la medida en que describe los rasgos de la experiencia en el tiempo (Ricoeur 2004: 39).

Existe una conexión significativa entre la función narrativa y la experiencia humana del tiempo. La actividad de narrar una historia, un relato de enfermedad, delata el carácter temporal de la existencia humana. La enfermedad altera la relación con el tiempo, desaloja al paciente de su temporalidad habitual, de la experiencia objetiva del tiempo compartido, del tiempo objetivo, medido o cronológico, llevándolo a una confusa percepción interna del tiempo. Se hace presente entonces la temporalidad existencial.

Los problemas de salud que nos acaecen a lo largo de la vida se insertan en nuestra biografía, son acontecimientos que demandan un sentido en el curso de nuestra existencia. Para Heidegger, lo temporal no significa "en el tiempo", sino el tiempo mismo. En el "ser temporal" está implícito, el "ser pasado" y el "ser presente" (Heidegger 2012: 77).

La apertura del yo hacia el futuro, en el desarrollo de las posibilidades dadas del pasado es lo que se mantiene en la salud y se pierde gradualmente en la enfermedad.

Nuestro sentido común dice que uno existe en el presente, ya que el futuro todavía no es y el pasado ya fue. Pero la existencia tiene sentido, es significativa, principalmente proyectada al futuro y eso se ve alterado cuando se tiene una enfermedad grave, cuando se presenta la inminencia de dejar de ser, con la muerte.

La muerte es algo más que un mero fenómeno óptico-biológico, es un fenómeno existencial u ontológico. El ser humano es un ser finito que tiene la capacidad de proyectar posibilidades. La aceptación de la existencia fáctica y finita convierte a esta existencia en productiva, trazando posibilidades propias. Este comportarse a modo de posibilidad implica el tiempo, la existencia es poder ser. La existencia no es solo el tener que vérselas con el presente, sino tener que ver con el haber sido pasado y el haber de ser futuro (Lozano Díaz 2016: 80-83). La

enfermedad altera nuestra relación con el tiempo porque pasado, presente y futuro se ven reconstruidos en esta forma de existir.

### *3.4 La salud y la enfermedad a la luz de la hermenéutica*

La salud es un proceso inconsciente, cuando todo fluye sin problemas, sin obstáculos. Es la capacidad para alcanzar los objetivos vitales.

*Yo me encuentro bastante bien. Creo que tengo mucha fuerza de voluntad y no desisto en esforzarme por los objetivos (Caso 13).*

La salud es un "estar en casa", según la descripción del paciente, en el sentido de estar con la gente en armonía, un sentirse a resguardo de los problemas que le plantea a uno la vida. Heidegger habla de "estar en casa" y "no estar en casa" como formas de estar en el mundo (Heidegger 2016: 207). El significado de la palabra "vivienda" describe un lugar para vivir, en términos de un edificio o casa. Pero también la vivienda se describe más en términos de una forma de ser que aprecia, protege y preserva. Los cuidadores de la salud proporcionan viviendas emocionales para los pacientes al preocuparse de diferentes maneras de ayudarlos a sentirse protegidos (Svenaeus 2000b).

Gadamer describe la salud como un fenómeno rítmico, un proceso permanente en el que el equilibrio se restablece a sí mismo. Esto es algo que todos conocemos. Pensemos en los procesos de respirar, digerir y dormir, que hacemos sin darnos cuenta pero que se encuentran siempre dentro de un horizonte de perturbaciones y de amenazas (Gadamer 2011: 129).

En la salud hay equilibrio, pero en el caso de la enfermedad, la armonía, el bienestar y el mundo se ven perturbados. La enfermedad es vivida por el enfermo como una perturbación que no puede pasarse por alto. Es algo que anda mal y que altera el equilibrio. Representa el

paso del equilibrio natural al equilibrio perdido. Se impone el restablecimiento de este equilibrio. El tratamiento puede ayudarnos a recuperar la salud, a recuperar el equilibrio perdido.

*Perdí el conocimiento. Me trajeron al hospital. Unos me dicen una versión de lo que sucedió y otros me dicen otra. A partir del accidente ya no volví a ser la misma persona porque con la mano ya no volví a poder trabajar. Lo que más me fastidia es la mano (Caso 4).*

En el testimonio previo, el paciente comenta las limitaciones que tiene como consecuencia del accidente y el médico le explica la posible evolución del proceso. Para que el paciente recupere su rutina tiene que adaptarse a la enfermedad, tiene que comprender que ese es su nuevo estado de equilibrio. El enfermo sufre angustia, porque “no está en casa”, no está en sintonía. Mira al pasado y ve que ahora no es lo que era. El cuerpo no le permite realizar las actividades previas, una mano no le permite hacer lo que hacía previamente.

Las enfermedades interrumpen la armonía y sensación de refugio que se tiene en la salud. Pero aun estando enfermo el paciente puede conseguir un equilibrio, una y otra vez. Incluso, de nuevo, aparecen los objetivos proyectados, vuelve a “estar en casa”. El ser humano enfermo procura regresar a la rutina, a la auténtica comprensión de su vida cotidiana, ya que le proporciona los antecedentes necesarios para la comprensión auténtica.

La falta de hogar, de “estar en casa” ocurre en diferentes enfermedades crónicas. La medicina, por lo tanto, no solo abarcaría las ciencias de la biología y la patología, sino también el arte de proporcionar un camino a casa, a una situación hogareña, para el paciente. La misión de los profesionales de la salud debe ser, por consiguiente, no solo curar enfermedades, sino también, al dedicar

atención al “ser en el mundo” del paciente, también abrir posibles caminos de regreso a una situación hogareña y en equilibrio.

### *3.5 El encuentro clínico*

La práctica médica es hermenéutica, basada en el diálogo entre médico y paciente dentro del encuentro clínico, un proceso abierto en el que entran en juego siempre diferentes interpretaciones, algunas de ellas en conflicto. La misma enfermedad puede generar distintas historias clínicas. Siempre es difícil captar en todas sus dimensiones lo que el paciente quiere transmitir. A veces ese texto tiene un significado distinto para cada médico. Leyendo la historia clínica se pueden detectar perfiles diferentes de una misma enfermedad, dependiendo del lector. Se precisan frecuentemente sesiones clínicas para consensuar un diagnóstico y un tratamiento para un paciente concreto.

El encuentro clínico es una reunión en donde el objetivo, que se especifica previamente, es recuperar la salud. El diálogo médico y el examen físico tendrán que tratar con partes íntimas de la vida. Por lo tanto, para que se lleve a cabo el encuentro, se necesita confianza mutua y respeto.

*No ha acudido a su Centro de Salud, a pesar de la indicación que le hice y el plan acordado. Señalo a la paciente y acompañante este hecho. Finalmente dice que está dispuesta a colaborar en el plan terapéutico que se le ha indicado (Caso 51).*

La reunión médica implica varios tipos de interpretaciones de diferentes individuos que no siempre están presentes en persona en el encuentro. Estas interpretaciones deben reunirse y, finalmente, dar como resultado una comprensión compartida que pueda conducir a acciones terapéuticas.

*El problema es el sueño. Los endocrinos me dijeron lo mismo, bajar de peso, que es lo que hago (Caso 142).*

Cuando el paciente acude a un encuentro clínico con el médico, dispone ya de su propio relato de la enfermedad. Es en este encuentro donde se intercambian narrativas y se produce un círculo hermenéutico de comprensión compartida. La hermenéutica clínica, como la interpretación de un texto experiencial, no es sino una hermenéutica dialógica, un proceso mutuo de preguntas y respuestas, según ha expuesto la filosofía de Gadamer (Gadamer 2011: 142–143).

La comprensión requiere que uno participe en la investigación que realiza, lo que exige una constante apertura y la problematización de prejuicios. Cuando el médico analiza un caso clínico, se sitúa con tirantez entre la realidad que percibe y su propia idea del mundo. La experiencia hermenéutica consiste en la comprensión entre los dos participantes en el proceso, médico y paciente o entre investigador e investigado. El investigador explora las áreas y temas en la vida del participante, examina interrelaciones y conexiones a partir de un tema particular, describiendo el “estar en el-mundo” del participante. El investigador debe estar focalizado en el tema y eventualmente lograr una comprensión de la experiencia vital del paciente.

Aunque el médico se focaliza en una enfermedad y el paciente en una enfermedad vivida, estas interpretaciones deben reunirse para dar resultado a una comprensión más completa, más compartida, aun cuando los intervinientes no manejan elementos de juicio similares, no poseen todos los elementos de juicio a su alcance.

Según Svenaeus las nuevas tecnologías médicas están transformando cada vez más los patrones de significado de nuestra vida cotidiana (Svenaeus 2009). Las nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas que ofrece la medicina transforman y cuestionan de

manera directa e indirecta las fronteras entre la normalidad y la anormalidad, la salud y la enfermedad, así como entre la vida y la muerte.

No es posible establecer una objetivación o unos valores estándar sobre la salud, pretender imponer tal cosa tendría seguramente efectos perjudiciales para la propia salud de las personas. Es por esto por lo que la tarea de la medicina no puede realizarse desde un conocimiento estrictamente conceptual o técnico. En el médico intervienen factores provenientes de la experiencia, factores que corresponden a un conocimiento práctico de la salud y que permanecen ocultos a la mirada científica o protocolaria. Esta dimensión oculta, inherente al arte de curar, no es incompatible con el desarrollo técnico o metodológico de la disciplina, sino que está en su horizonte, como está la salud en el horizonte de la tarea médica.

### *3.6 El sentido de la enfermedad*

El paciente sufre, se angustia, y, a menudo, tiene miedo por lo que le está sucediendo. En la angustia se tiene un sentimiento extraño, un sentimiento de ausencia o de "no estar en casa". No es extraño tener angustia en algunas situaciones vitales o en algunas enfermedades graves.

*No duermo bien. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Cansancio, desgana de hacer todo y me viene el sueño. Tengo muchas pesadillas. Cosas que no tienen sentido, hasta muertes de familiares, accidentes de coche. Prácticamente todo malo (Caso 210).*

La medicina debe lidiar siempre con la falta de sentido generada por la enfermedad, pudiendo liberar sentimientos y pensamientos sobre el significado último de la vida (Svenaeus 2000b). Para Frankl la

vida siempre demanda sentido, aun bajo las condiciones y en las circunstancias más adversas, un sentido que hay que encontrar. El sufrimiento no es necesario para encontrar el sentido de la vida. A veces encontramos sentido mediante el sufrimiento, en el supuesto de que su causa no pueda eliminarse o evitarse por ser una causa biológica, psicológica o sociológica. Por tanto, lo primero de todo es eliminar o evitar la causa para poder volver a la actividad basal. Solo en el caso de que nada se pueda hacer, al menos provisionalmente, el sufrimiento adquiere una posibilidad de sentido (Frankl 1987: 76–78).

Según Heidegger, la angustia no es solo angustia ante algo, sino que, como disposición afectiva, es al mismo tiempo angustia por algo. En efecto, la amenaza misma es indeterminada y, por consiguiente, no puede penetrar como amenaza hacia este o aquel poder-ser concreto fáctico. Aquello por lo que la angustia se angustia es el “estar en el mundo” mismo. El mundo ya no puede ofrecer nada, ni tampoco la coexistencia de los otros (Heidegger 2016).

Ricoeur en *Caminos de Reconocimiento* se refiere a la angustia del desaparecer. La vida genera angustia porque las cosas aparecen y desaparecen (Ricoeur, 2006, 88-89). En *Historia y Verdad*, reflexiona sobre la emoción negativa, sobre los distintos grados de la angustia, desde la angustia vital de la contingencia y de la muerte, hasta la angustia metafísica del sinsentido radical. La angustia nace de la profundidad de los conflictos y de lo que podríamos llamar la debilidad del psiquismo humano que acompaña a la contingencia de la vida (Ricoeur 1990: 280–281).

El sufrimiento es un aspecto de la vida que no puede erradicarse, como no puede apartarse la muerte. El modo en que el hombre acepta su destino y todo el sufrimiento que éste conlleva, añade a su vida un sentido más profundo. El ser humano, incluso bajo las circunstancias más difíciles, puede conservar su valor y dignidad. Y todo ello puede expresarse en su discurso.

### 3. Conclusiones

(a) Para el paciente la experiencia de la enfermedad es una narración, un relato que comienza con los primeros síntomas del padecimiento y continúa hasta finalizar el mismo. El estudio de estos relatos permite conocer nuestra enfermedad, aunque nos movemos en el mundo de la interpretación, en su pluralidad y en su conflicto. Ser es ser interpretado, he ahí el lema de la hermenéutica. Un ser activo, dinámico en su hacerse y quehacer ontológico-existencial, que hay que captar a través de sus actos y circunstancias.

(b) La práctica médica es hermenéutica porque gira en torno a un encuentro dialógico entre médico y paciente en el que la comprensión extraída es un proceso abierto, circular, donde siempre entran en juego diferentes puntos de vista. El relato sobre la pérdida de la salud suele ser el punto de partida. El resultado es una fusión de horizontes que resulta en una decisión terapéutica.

(c) La salud es el ritmo de la vida, un proceso inestable en el cual el equilibrio se restaura y estabiliza una y otra vez. La enfermedad es una excepción, un contraste, una interrupción de nuestra manera normal de vivir, que es la salud. La medicina moderna se ha concebido como la ciencia de la enfermedad. La enfermedad es el fenómeno perturbador, es aquello que se trata de suprimir.

(d) La temporalidad se manifiesta de forma diferente en el sano con respecto al enfermo. Mientras que el enfermo es tenido por el tiempo, arrojado a él, el sano presenta proyectos a la temporalidad, se presenta como su medida. La salud, así como la vida enferma, tienen en su base una estructura de tiempo y, por tanto, los relatos están contruidos temporalmente.

(e) El discurso del enfermo tiene una argumentación ordenada dirigida a expresar un problema de salud y esta información está soportada por la estructura del texto. El análisis estructural del texto

puede aportar información relevante del contenido del relato del enfermo. Si circunscribimos el encuentro con el enfermo a la mirada de la medicina convencional, podemos llegar a hacernos cargo solo de una parte de su discurso, la que apuntan nuestros métodos y redes conceptuales predeterminadas, son conocidos como los protocolos. Pero para comprender la enfermedad en su contexto, la realidad viva del paciente, necesitamos otras categorías, esquemas, informaciones, que entran en juego desde una mirada de tipo interpretativo o hermenéutico.

## **Bibliografía**

Agís Villaverde, M. (2011). *Conocimiento y razón práctica. Un recorrido por la filosofía de Paul Ricoeur*. Madrid: Ed. Fundación Emmanuel Mounier.

Bailey, P. H. (2004). The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle--COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary /when you can't breathe". *Qual Health Res*, 14(6): 760–778.

Benner, P. (1985). Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *ANS Adv Nurs Sci*, 8(1): 1–14.

Charon, R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286 (15), 1897-1902.

Daniel, S. L. (1986). The patient as text: a model of clinical hermeneutics. *Theor Med*, 7(2): 195–210.

Dekkers, W. (1998). Hermeneutics and experiences of the body. The case of low back pain. *Theor Med Bioeth*, 19(3): 277–293.

- Diekelmann, N. L. (1992). Learning-as-testing: a Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 14(3): 72–83.
- Domingo Moratalla, T. (2011). *Bioética y cine: De la narración a la deliberación*. Madrid: Ed. San Pablo.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Ed. Herder.
- Gadamer, H. G. (2005). *Verdad y Método I*. Salamanca: Ed. Sígueme.
- Gadamer, H. (2011). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- García-Sabell, D. (2011). *Análise existencial do home galego enfermo*. Vigo: Ed. Galaxia.
- Geanellos, R. (2000). Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nurs Inq*, 7(2): 112–119.
- Heidegger, M. (2012). *El concepto de tiempo*. Barcelona: Ed. Herder.
- Heidegger, M. (2016). *El Ser y el tiempo*. Madrid: Ed. Trotta.
- Kellett, U. M. (1997). Heideggerian phenomenology: an approach to understanding family caring for an older relative. *Nurs Inq*, 4(1): 57–65.
- Koslander, T., Lindström, U., & Barbosa da Silva, A. (2013). The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health--a hermeneutic approach. *Scand J Caring Sci*, 27(3): 560–568.
- Leder, D. (1990). Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med*, 11(1): 9–24.
- Lindahl, B., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2003). Meanings of living at home on a ventilator. *Nurs Inq*, 10(1): 19–27.
- Lindqvist, G., & Hallberg, L. R. (2010). 'Feelings of guilt due to self-inflicted disease': a grounded theory of suffering from chronic

obstructive pulmonary disease (COPD). *J Health Psychol*, 15(3): 456–466.

Lozano Díaz, V. (2016). *Existir como posibilidad. La ontología fundamental de Martin Heidegger*. Madrid: Ed. Dykinson.

Malcolm, D., Orme, M. W., Morgan, M. D., & Sherar, L. B. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), illness narratives and Elias's sociology of knowledge. *Soc Sci Med*, 192: 58–65.

Nicolson, P., & Anderson, P. (2003). Quality of life, distress and self-esteem: a focus group study of people with chronic bronchitis. *Br J Health Psychol*, 8 (Pt 3): 251–270.

Paley, J. (1998). Misinterpretive phenomenology: Heidegger, ontology and nursing research. *J Adv Nurs*, 27(4): 817–824.

Porter, S. E., & Robinson, J. C. (2011). *Hermeneutics. An introduction to interpretive theory*. Michigan: Ed. William B. Eerdmans Publishing Co.

Ricoeur, P. (1990). *Historia y verdad*. Madrid: Ed. Encuentro.

Ricoeur, P. (1995). *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido* Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

Ricoeur, P. (2001). *Del texto a la Acción. Ensayos de Hermenéutica II*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Ricoeur, P. (2004). *El conflicto de las interpretaciones. Ensayo de hermenéutica*. Santiago de Chile: Ed. F.C.E.

Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Ricoeur, P. (2006). *Caminos del reconocimiento*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Ricoeur, P. (2006). La vida: un relato en busca de narrador. *Ágora: Papeles de Filosofía*, 25(2): 9–22.

Ricoeur, P. (2013). *En torno al Psicoanálisis. Escritos y conferencias 1*. Madrid: Ed. Trotta.

- Sigurdardóttir, A. K. (1999). Nurse specialists' perceptions of their role and function in relation to starting an adult diabetic on insulin. *J Clin Nurs, 8*(5), 512-518.
- Silva Arévalo, E. (2005). Paul Ricoeur y los desplazamientos de la hermenéutica. *Teología y vida, 46*: 167–205.
- Svenaesus, F. (2000a). Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality. *Theor Med Bioeth, 21*(2): 171–189.
- Svenaesus, F. (2000b). Das unheimliche--towards a phenomenology of illness. *Med Health Care Philos, 3*(1): 3–16.
- Svenaesus, F. (2009). Medical technologies and the life world: an introduction to the theme. *Med Health Care Philos, 12*(2): 121–123.
- Van der Zalm, J. E., & Bergum, V. (2000). Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *J Adv Nurs, 31*(1): 211–218.
- Wilson, A. (2014). Being a practitioner: an application of Heidegger's phenomenology. *Nurse Res, 21*(6): 28–33.

