

# **Repensando la salud, la enfermedad y la identidad desde una perspectiva relacional.**

Vino, Noemí Amelia.

Cita:

Vino, Noemí Amelia (2025). *Repensando la salud, la enfermedad y la identidad desde una perspectiva relacional. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/53>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/6T5>

# REPENSANDO LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA IDENTIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA RELACIONAL

Vino, Noemí Amelia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Mens sana in corpore sano es sin duda un lema que hemos escuchado muchas veces. Pocas quizás nos hemos detenido a pensar que entidades y relaciones supone la afirmación. ¿Qué sería una mente sana y qué un cuerpo sano? Y más aún, ¿cuál es el sentido y el estatuto de su relación? Es nuestro propósito en este trabajo explorar los conceptos de salud, enfermedad, cuerpo y mente y las relaciones entre ellos. Esta exploración nos llevará a cuestionarnos la constitución de la identidad y la perspectiva binarista tradicional que la sustenta en busca de un enfoque superador que haga posible una práctica clínica y una planificación política más ética y humana.

## Palabras clave

Salud - Enfermedad - Identidad - Paradigma relacional

## ABSTRACT

### RETHINKING HEALTH, DISEASE AND IDENTITY FROM A RELATIONAL PERSPECTIVE

Mens sana in corpore sano is undoubtedly a motto that we have heard many times. Few of us have perhaps stopped to think about what entities and relations the affirmation implies. What would be a healthy mind and what would be a healthy body? And moreover, what is the meaning and status of their relationship? It is our purpose in this paper to explore the concepts of health, disease, body and mind and the relationships between them. This exploration will lead us to question the constitution of identity and the traditional binary perspective that sustains it in search of a better approach that makes possible a more ethical and humane clinical practice and political planning.

## Keywords

Health - Illness - Identity - Relational paradigm

## INTRODUCCIÓN

*Mens sana in corpore sano* es sin duda un lema que hemos escuchado muchas veces. Pocas quizás nos hemos detenido a pensar que entidades y relaciones supone la afirmación. ¿Qué sería una mente sana y qué un cuerpo sano? Y más aún, ¿cuál es el sentido y el estatuto de su relación?

Es nuestro propósito en este trabajo explorar los conceptos de salud, enfermedad, cuerpo y mente y las relaciones entre ellos. Esta exploración nos llevará a cuestionarnos la constitución de la identidad y la perspectiva binarista tradicional que la sustenta en busca de un enfoque superador que haga posible una práctica clínica y una planificación política más ética y humana.

## SALUD Y ENFERMEDAD: REPERCUSIONES ÉTICAS Y POLÍTICAS

Respecto de los conceptos de salud y enfermedad, es necesario tener en cuenta que la opción teórica que tomemos tiene profundas repercusiones éticas y políticas. Tanto el juicio social como las políticas públicas se basan en concepciones supuestas y presupuestadas que determinan prácticas individuales e institucionales, así como cuestiones de cobertura social y atención sanitaria. En la década del 80, la discusión entre liberales y libertarios puso en escena un planteo de interés acerca de si la salud debe entenderse como un derecho que hay que garantizar o como un bien que se posee o no se posee y que podría, aunque no necesariamente, generar un derecho. (De Ortuzar, 2019, pp. 185-186).

Entre los liberales, Daniels defiende el derecho a una atención igualitaria. La salud se define como el FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LA ESPECIE (De Ortuzar, 2019, p. 187). En virtud de esta definición, la desviación de la norma es patológica y la asistencia sanitaria debería asegurar la satisfacción de aquellas necesidades que, de no ser satisfechas, producirían una disminución en ese estándar funcional. Asegurarlo estaría asociado con una concepción determinada de la justicia. Una persona discapacitada podría exigir políticas públicas sanitarias que lo acerquen a este funcionamiento normal, tanto como en una persona enferma. Los libertarios (Nozick, Engelhart) en cambio sólo admiten el derecho a no ser dañado. La enfermedad y la salud son sucesos de la LOTERIA NATURAL arbitrariamente repartidos. Enfermar es un hecho desafortunado, pero no injusto. Si la enfermedad y la salud son características aleatorias, no cabe exigir

su realización o evitación. La discusión tiene relevancia política, pero supone una ontología que vale la pena esclarecer. En algún punto, dar por sentada la existencia de un funcionamiento normal de la especie es confundir lo normal con lo frecuente. Esta confusión tiene implicancias considerables en las demandas y las respuestas sanitarias. Por otra parte, la imagen de la lotería es potente, pero no proporciona criterios para distinguir premios de castigos. Salvo la dudosa opinión de las instituciones reguladoras del sistema de salud.

La distinción es, de por sí, problemática. Algunas teorías postulan una relación estrecha entre la enfermedad y la reflexión razón por la cual definen al ser humano como animal enfermo. Como han señalado Kant y Freud[i], el pensamiento es deudor del malestar. Por un lado, la enfermedad permite tomar distancia de un estado de salud irreflexivamente natural y salir del *silencio de los órganos*. Por otro, según los autores antedichos, el rasgo inconfortable que define al ser humano moviliza las acciones de las personas. Su crecimiento y desarrollo depende en gran medida de su capacidad para procesar ese malestar. Por ejemplo, ciertas enfermedades fortalecen nuestro organismo. Una persona que nunca hubiera transitado una enfermedad vería seriamente limitado su potencial para enfrentar la vida. Las ciencias, las artes y la cultura son modos de la sanación en tanto negocian la ruptura con el curso natural de las cosas y plantea revisiones creativas de los modos de vida.

Sin embargo, malestar y enfermedad quizá no sean lo mismo como tampoco la curación y la sanación. Según Lolas (1997, p. 106) se debe distinguir entre trastorno y enfermedad. El trastorno es parte esencial de la salud y como tal pertenece a la vida normal. Éste expresa la amalgama entre el sujeto, sus circunstancias personales y su cultura, es decir, aquella transacción dinámica por la cual el ser es parte del mundo. Es difícil sin embargo establecer en qué momento el trastorno se convierte en enfermedad. Habitamos varios cuerpos, tantos como contextos transitamos y construimos a través de nuestras intervenciones. La interpretación de esa amalgama está mediada por teorías. La perturbación de ciertos neurotransmisores, por ejemplo, puede interpretarse como malestar o como enfermedad según la teoría de base y los estándares proporcionados por ella. Una teoría somática de la enfermedad desestimaría cualquier padecimiento que no se exprese corporalmente. En definitiva, la realidad práctica “solo existe para el ojo teórico” (Lolas, 1997, p.112).

Una consideración semejante merece la distinción curar y sanar. Para aliviar a quien sufre existen dos grandes grupos de acciones: las que marca la tradición, el sentido común y la empatía y las que proceden de las tecnologías (Lolas, 1997, 119). Ambas vertientes se entrecruzan en la vida social con no pocas tensiones. Las prácticas médicas reconocidas internacionalmente y las prácticas locales (a menudo reducidas a “curanderiles”) no son sin embargo opuestas, más aún, quizás ambas vertientes confluyen en el alivio del sufriente. En sentido técnico, curar es remover la causa de la enfermedad (Lolas, 1997, p. 120) pero el concepto

de causa aquí expresado resulta extremadamente limitado. Si pensamos la enfermedad como un fenómeno multicausal, la cura sería sólo un aspecto de la salud. Por otra parte, la eficacia simbólica de los rituales, aún en el ámbito de la medicina científica, es innegable y necesaria para el alivio del sufrimiento. Así, se muestra como la frontera entre los conceptos y los estados por ellos descriptos no es un límite sino una membrana de contacto. Tratar al sufriente obliga a poner en juego todo el potencial de sanación y de curación disponible para el agente sanitario. “[...] el terapeuta que entrega el medicamento sin un ritual que revele adecuadamente su confianza en él [...]. Desaprovecha la eficacia del medicamento en el plano simbólico, tan importante como el aspecto farmacológico.” (Lolas, 1997, p.122)

## LA ENFERMEDAD COMO EXPERIENCIA Y COMO DISCURSO

El trastorno y la enfermedad tienen un rol productivo no sólo por su función epistémica al operar la ruptura con la esfera natural, sino también en la construcción del sentido y la identidad personal. El relato surge como un modo de articular en el lenguaje esa ruptura en la continuidad de la vida. Se presenta como un modo de justificar la excepcionalidad de los sucesos. El relato permite además reflexionar sobre la propia condición humana: sobre la fragilidad y vulnerabilidad de lo viviente, amenazado constantemente por el no ser, y sobre las intensidades que modulan la vulnerabilidad primordial cuando se suman el sufrimiento, el deterioro, la injusticia. La vida buena, la salud, se presentan como logros, como objetivos por los que el ser humano debe luchar para darle un sentido a su existencia. Podemos decir por eso que la enfermedad tiene un papel productivo no sólo desde lo epistémico sino desde lo existencial. La enfermedad es un fenómeno multicausal, pero desde el punto de vista enunciativo es polifónico . Del yo al nosotros, puede entenderse la enfermedad desde diferentes perspectivas enunciativas representadas por las personas del discurso. En primer lugar, desde la diada 1º persona/2º persona que ocupan los lugares de la interacción dialógica. En este sentido, el protagonista encarna la condición existencial del padecimiento ante su otro cuidador. En este núcleo aparecen las relaciones de dependencia y las demandas de cuidado. Desde un punto de vista relacional, la enfermedad no puede entenderse fuera de este núcleo. A ellas se suma la 3º persona, ese “fuera del discurso” que encarna los saberes subyacentes y concomitantes tanto a nivel científico como ético político. En alguna medida, estos términos coinciden con las categorías de *illness*, *sickness* y *disease* de uso corriente en lengua inglesa. Estas perspectivas plasman un tipo de conocimiento particular. Sentirse enfermo (*illness*) remite a las vivencias que sólo el sufriente puede experimentar y transmitir. Esta expresión en primera persona vincula la experiencia a la expresión lingüística del hablante. El punto de vista del entorno (*sickness*) manifiesta la perspectiva de familiares, allegados y cuidadores. Es el tú de la relación dialógica. Los interlocutores

median entre el conocimiento del enfermo y la apropiación de los saberes y valoraciones que circulan socialmente. En este mismo lugar discursivo, también los profesionales de la salud median entre la casuística que su profesión les provee y los saberes especializados propios de su formación. Finalmente, el punto de vista de las teorías. Éstas hablan en 3º persona de algo que no es la primera ni la segunda persona. Una entidad abstracta que representa a todos los seres sin ser ninguno. Este punto de vista de la ciencia positiva se separa de las prácticas concretas y del arte de sanar/curar. La relación entre estas perspectivas hace de la enfermedad un fenómeno multidimensional y complejo donde los interrogantes acerca de qué es normal, qué es patológico, cómo afecta el sufrimiento, qué valor tienen los síntomas, no se responde de una manera única.

Si pensamos en la identidad como construcción narrativa, es claro que los eventos relacionados con la salud y la enfermedad impactan en esta construcción. La interacción constitutiva del fenómeno del lenguaje se muestra como un factor imprescindible de la comprensión del proceso patológico. Nadie se enferma ni se sana solo. Las técnicas de asistencia, los cuidados y la contención son parte de esta dinámica que hace a la comprensión relacional del fenómeno. Es necesaria la interlocución y el contexto para que exista el discurso. También lo es para que exista la enfermedad. La identidad narrativa procura un rechazo del dualismo que esencializa la enfermedad y la coloca en el nivel del de la interacción de las personas. La enfermedad se coloca en un entramado de relaciones y dependencias que no son exclusivas del enfermo y que se entrelazan de manera personal en la historia propia de cada ser humano.

En el ejercicio médico tradicional, la historia del paciente es una historia en tercera persona. El medico construye el relato del paciente desde su perspectiva y su saber. La HISTORIA CLÍNICA es un relato ajeno que excluye la dimensión vivencial o la reduce a síntomas a ser tratados por alguna especialidad médica. Esta HISTORIA no es nunca la historia del paciente a pesar de que los eventos que relata le han ocurrido a él. La historia clínica omite el dramatismo que la temporalidad de la enfermedad introduce en el relato del paciente. La identidad afectada es excluida de la autoría. En la historia clínica el paciente como co-autor ocupa un rol secundario: sólo provee el material a partir del cual el enunciador principal selectivamente reducirá ese material a lo que importa desde su propio punto de vista. Como resultado, la historia clínica es un relato en 3º persona que pierde gran cantidad de información relevante para la terapia.

Esta perspectiva no es un capricho del narrador. Viene impuesta por la objetividad científica. La neutralidad se construye en el texto a costa de abandonar facetas nodales del fenómeno a comprender y tratar. Poner en foco el carácter intersubjetivo que puede plasmar el relato respecto de la salud y la enfermedad tiene profundas implicaciones éticas. Recuperar la autoría del paciente permite hacer de la historia clínica *su* historia y transformar el relato biomédico en biografía.

## ÉTICA Y RELATO

Para el profesional de la salud, la enfermedad nunca es una experiencia directa. Siempre se le presenta mediada por la experiencia y el relato del paciente. También en este sentido los conceptos de salud y enfermedad son relationales (Pérez Marc, 2007, p-134). El profesional se pone en contacto con la enfermedad a través de la persona enferma. Por otra parte, a pesar de tener una experiencia directa, el paciente se contacta con la enfermedad desde la ruptura que ésta introduce en su estado vivido como normal y desde el relato que esa ruptura dispara. También la sociedad establece un vínculo con la enfermedad a través del lenguaje. Relatos familiares, noticias, chismes son parte de la dimensión social que le da entidad de hechos. La sociedad sanciona, en última instancia, si ciertos modos de la existencia se consideran o no patológicos. La sociedad propone cuál es el modo normal de la vida.

Desde el punto de vista ético, el relato también proporciona un modelo dialógico e interactivo de relación ética. La ética tradicional, con el modelo de la autonomía, se nos aparece monológica y egocéntrica. Otro modelo relacional y procesual pone en el centro la noción de DEPENDENCIA y un sentido de bienestar asociado al cuidado. En esta dinámica, salud y enfermedad son estados contingentes ineliminables de un entramado de experiencia atravesada por el lenguaje (Pérez Marc, 2007, p. 137). Estas relaciones van construyendo la identidad de cada uno de los actores (médico, enfermo, cuidadores, sociedad) desde múltiples perspectivas. Desde la CLINICA, se trata de objetivar y dar nombre a la enfermedad, establecer causas, delineando tratamientos para suprimir el dolor o el sufrimiento y justificar las demandas de atención. Desde lo CONCEPTUAL/METAFÓRICO se establecen múltiples formas de significar. Detrás de la batería conceptual con la que se expresa la enfermedad aparece una dimensión simbólica cuya eficacia depende del sentido que para el individuo y la sociedad tengan esas metáforas. Finalmente, el aspecto TECNOLÓGICO justifica la incorporación técnica con el fin de lograr la salud. En muchos casos, el aspecto tecnológico se consolida en una racionalidad pos-clínica que toma decisiones en base a las pruebas de laboratorio y abandona el juicio clínico por incierto reduciendo la deliberación a cálculo.

La salud y la enfermedad, como el discurso mismo, son fenómenos polifónicos y la dependencia se traduce en co-construcción lingüística. Una práctica clínica basada en la voz monocorde de la ciencia médica condena a la experiencia de la enfermedad al sinsentido. Los lugares del discurso son también lugares éticos y la multivocidad presenta facetas invisibilizadas del proceso vital cuya expresión es parte de la sanación.

## CONCLUSIÓN

Desde una perspectiva existencial, la salud nos hace habitar el mundo de manera a problemática. Las alteraciones en la vivencia del propio cuerpo, del espacio y el tiempo permiten una aprehensión más profunda de la existencia. En este sentido, no es la práctica médica la que está desencaminada, sino que esta sufre un DEFICIT DE SENTIDO. Se ha centrado demasiado en la comprensión del ser humano bajo el modelo del cadáver y finalmente ha olvidado otras dimensiones como la afectividad y la socialidad. Desde el punto de vista filosófico, vemos aquí enfrentarse dos modelos de aprehensión del sujeto: el modelo cartesiano y el modelo fenomenológico, esto es, el cuerpo cosa, que parece avalar algunas de las prácticas médicas actuales, y el cuerpo vivido, modelo de amplia elaboración que aún no ha decantado en la práctica médica general. El cuerpo vivido es un cuerpo extendido que incluye respuestas físicas, emocionales y cognitivas. Cuando en la enfermedad el cuerpo se vuelve un obstáculo en lugar de un facilitador, la relación con el mundo cambia. El mundo se vuelve hostil, adverso y la pérdida de confianza en uno mismo se instala como tono vivencial. La duda sobre las propias capacidades y la vivencia del no-poder es nueva para el individuo y su entorno. Integrar nuevamente las rupturas y discontinuidades es un desafío que debe enfrentarse en conjunto. La enfermedad como desorden del cuerpo, el yo y el mundo modifica la experiencia y el modo de habitarlo con los otros. En este contexto, las habilidades narrativas pueden enriquecer la práctica clínica y la experiencia de cuidadores, médicos y pacientes. La comprensión relacional, narrativa y ética de la salud y la enfermedad no es una opción sino una necesidad. Y la relevancia de una formación profesional que proporcione estrategias de traducción de un discurso a otro resulta cada vez más notoria.

## NOTA

[i] Kant en *Claves para una historia desde el punto de vista cosmopolita* y Freud en *El malestar en la cultura* han desarrollado estas ideas.

## BIBLIOGRAFÍA

- De Ortuzar, G. (2019). "Concepciones de salud, derecho a la salud y genética" en Busdygan, D. *Rostros del Igualitarismo*, Buenos Aires, Teseopress.
- Escribano, X. (2024). "Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad: un enfoque fenomenológico" en *Estudios de Filosofía N° 70*, Colombia, Universidad de Antioquia.
- Lolas S. F. (1997). *Más allá del cuerpo*, Santiago de Chile, Andrés Bello.
- Pérez Marc, G. (2007). "Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo" en *Archivo Argentino Pediatría*; 105(2):134-142.