

ARTÍCULOS
DE INVESTIGACIÓN

La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresalgia

Martín L. Vargas-Aragón

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
y Universidad de Valladolid, Valladolid, España

E-mail: martinlorenzo.vargas@uva.es, mvgargas105@alumno.uned.es

ORCID: 0000-0002-3175-0643

Recibido: 31 de octubre de 2023 | Aprobado: 3 de abril de 2024

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355349>

Resumen: Se define “iatrofilosofía” como la disciplina traslacional entre la medicina y la filosofía que tiene un doble objetivo, teórico y práctico. Se presenta un modelo de iatrofilosofía práctica aplicado al dolor crónico asociado a depresión y estrés –depresalgia– que expande al ámbito médico general la psicoterapia Fenomenológica, Hermenéutica Dinámica (PHD). Se parte del modelo general de la triada médica – patología (*disease*), padecimiento (*illness*) y condición de enfermo (*sickness*)– y, en el horizonte de la antropología de Ortega, se proponen cinco metáforas nucleares: avaricia del cuerpo, angustia de circunstancia, desgarrar personal, nudos personales y expropiación personal. Estas se relacionan con los mecanismos neurobiológicos de sensibilización central, alostasis y alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Se propone un proceso de recuperación personal basado en la concordia terapéutica. El análisis del dolor crónico y de otros problemas complejos de salud puede beneficiarse de metodologías filosóficas como la hermenéutica clínica.

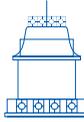
Palabras clave: “*disease, illness, sickness*”, depresalgia, psicoterapia PHD, Ortega.

Cómo citar este artículo

Vargas-Aragón, M. L. (2024). La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresalgia. *Estudios de Filosofía*, 70. pp, 201-224. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355349>

OPEN  ACCESS





ARTÍCULOS
DE INVESTIGACIÓN

Circumstance anguish: an iatrophilosophical model for depresalgia

Abstract: “Iatrophilosophy” is defined as the translational discipline between medicine and philosophy with a double objective, theoretical and practical. This paper presents a model of practical iatrophilosophy applied to chronic pain associated with depression and stress—depresalgia—, that expands Phenomenologic, Hermeneutic, Dynamic Psychotherapy (PHD) to the general medical field. It starts from the general model of the medical triad - disease, illness, and sickness- and, in the horizon of Ortega’s anthropology, five nuclear metaphors are proposed: greed of the body, anguish of circumstance, personal tear, personal knots, and personal expropriation. These metaphors are related to the neurobiological mechanisms of central sensitization, allostasis, and alteration of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. A personal recovery process based on therapeutic concord is proposed. Analyzing chronic pain and other complex health problems can benefit from philosophical methodologies such as clinical hermeneutics.

Keywords: “disease, illness, sickness”, depresalgia, PHD psychotherapy, Ortega.

Martín L. Vargas Aragón es Doctor en Medicina, Máster en Filosofía, profesor asociado de psiquiatría en la Universidad de Valladolid y psiquiatra de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Río Hortega (UDOVA). Dirige las líneas de investigación ‘Neurofenomenología de la esquizofrenia y de la experiencia corporal’ e ‘Iatrosfilosofía’ en el Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Castilla y León (GINCYL). Es doctorando en Filosofía en la Escuela Internacional de Doctorado de la UNED bajo la dirección de los profesores Javier San Martín y Tomás Domingo.

ORCID: 0000-0002-3175-0643



1. Introducción: iatrofilosofía teórica y práctica

En la esfera analítica anglosajona, y principalmente de la mano de la bioética, la filosofía ha experimentado a partir de los años 70 del siglo XX una aproximación importante hacia la medicina. Otros modelos, de tradición continental, están añadiéndose a la interpretación filosófica de los problemas médicos con nociones tomadas de la fenomenología hermenéutica. Si bien la ética sirvió de punta de lanza en la convergencia de filosofía y medicina que tuvo lugar en el último tercio del siglo XX, no es la única parcela filosófica que lo ha hecho. Hay convergencias filosofía-medicina en el ámbito de la ontología, de la epistemología, de la fenomenología e incluso de la estética. Por todo ello puede decirse que la filosofía de la medicina es a día de hoy una disciplina académicamente bien consolidada, que cuenta con revistas y textos específicos, algunos de ellos escritos o traducidos al español (Bunge, 2012; Daly, 2017; Marcum, 2008; Reiss & Ankeny, 2016; Saborido, 2020).

En el marco de la filosofía de la medicina, el filósofo de la ciencia Mario Bunge propuso en 1980 el concepto de “iatrofilosofía”. Lo hizo tomando la raíz griega *ιατρός* (*iatros*: médico) en su libro *Epistemología*, escrito en español, que dedicó a la memoria de su padre, médico. Allí presenta Bunge la iatrofilosofía como una nueva rama de la epistemología que se agruparía en el bloque de la filosofía de la tecnología. La define así:

Llamaré *iatrofilosofía* a la filosofía de la medicina. La iatrofilosofía es la rama de la epistemología que se ocupa de escarbar y examinar los supuestos filosóficos de las ideas y las prácticas médicas, así como de investigar los problemas filosóficos que surgen de la investigación y la praxis médicas. (Bunge, 1980, p.233)

El término vuelve a aparecer en 1985, ahora en inglés, en el volumen séptimo de su *Treatise* (Bunge, 1985, pp: 246-257), donde señala la necesidad de una exactificación de la naciente iatrofilosofía. En su libro de 2012 *Filosofía para médicos* (Bunge, 2012), aplica sus principales ideas al respecto de la iatrofilosofía desde una perspectiva práctica¹. Para Bunge, la iatrofilosofía no es un mero apartado de la filosofía de la ciencia, sino que comprendería, además, los problemas propios de la filosofía de la tecnología de la que formaría parte. La iatrofilosofía sería una rama de la filosofía teórica que se ocuparía de problemas (*iatro*) lógicos, semánticos, gnoseológicos, metodológicos y ontológicos propios de las ciencias. Además, entrarían en su campo de competencia algunos problemas teóricos propios de la tecnología, (*iatro*)

1 Es llamativo que en este libro Bunge no utilice en ningún momento el término iatrofilosofía.

axiológicos, éticos y praxeológicos. Llamaremos “iatrofilosofía teórica” a esta concepción bungeana inicial de la disciplina. La iatrofilosofía teórica se ocuparía filosóficamente de problemas generales de la medicina y, por extensión, de todas las ciencias de la salud.

Pero la iatrofilosofía podría comprender también, a nuestro parecer, objetivos propios de la filosofía práctica y en virtud de ello podría servir de instrumento para la medicina clínica. Llamaremos “iatrofilosofía práctica” a esta perspectiva de la iatrofilosofía aplicada a problemas clínicos característicos² o aplicada a casos concretos. El objeto de la iatrofilosofía práctica serían los problemas de salud, entendiendo que tales problemas tienen una triple dimensión (*disease – illness – sickness*) (Hofmann, 2002), a la que denominaremos “triada médica”³: a) patología: los procesos patológicos del organismo, b) padecimiento: la experiencia de síntomas en primera persona y la estructuración narrativa de un padecimiento, y c) enfermedad: la expresión de conductas de enfermedad y el desempeño de roles propios de persona enferma.

Así pues, con “iatrofilosofía” nos referiremos a la disciplina traslacional⁴ entre la medicina y la filosofía que tiene un doble objetivo: teórico y práctico. La iatrofilosofía teórica busca clarificar y criticar los conceptos y prácticas utilizados en las ciencias de la salud. En este sentido la iatrofilosofía teórica sería equivalente a la filosofía de la medicina. Esta perspectiva se complementaría con la de la iatrofilosofía práctica, entendida en el sentido de práctica filosófica aplicada a problemas de salud tales como la toma de decisiones basada en la ética o la práctica clínica sustentada en modelos filosóficos. La iatrofilosofía, tal y como la consideramos, aspira a integrar diversas corrientes filosóficas. En nuestro caso intentaremos aunar cierto aire de filosofía analítica con contenidos de fenomenología hermenéutica.

La vertiente teórica es la perspectiva más consolidada de la iatrofilosofía, pues puede equipararse a la filosofía de la medicina en su conjunto (Reiss & Ankeny, 2016). Destacaremos, por lo que atañe al objetivo de nuestro estudio, la creciente

2 En este artículo se trata el problema clínico de la depresalgia.

3 Traducimos al español *disease* por “patología”, *illness* por “padecimiento” y *sickness* por “enfermo”. La palabra “dolencia” es sinónima de padecimiento, si bien la primera es una expresión menos específica que “padecimiento” pues no es raro encontrar usos de “dolencia” como sinónimo de patología. Preferimos la expresión “enfermo” que la expresión “condición de sufrir una enfermedad” —que sería una traducción más fiel de la palabra inglesa *sickness*— para denotar más claramente la función social del rol de enfermo.

4 Para una mayor clarificación de lo que se entiende por disciplina traslacional se recomienda consultar el libro de Ronaldo García (García, 2006). Señalaremos aquí solamente que el objetivo principal de las disciplinas traslacionales es el de construir modelos teóricos que permitan intercambiar coherentemente el conocimiento generado en dos o más disciplinas colindantes, por lo que son especialmente útiles en el estudio de problemas complejos, como son con frecuencia los problemas de salud. Puede decirse que las disciplinas traslacionales actúan inicialmente como “intercambiadores semánticos”, si bien con el tiempo pueden evolucionar hasta constituirse como disciplinas autónomas de pleno derecho con constructos propios. El papel que la iatrofilosofía juega entre la medicina y la filosofía sería, por ejemplo, similar al que la bioquímica juega entre la biología y la química.

incorporación a la iatrofilosofía teórica de la fenomenología hermenéutica como método de investigación cualitativa (Peat et al., 2019), como método docente (Smythe et al., 2020) o como método de intervención mediante la “fusión de horizontes” (Macleod et al., 2023).

Dentro de la iatrofilosofía práctica podrían describirse –sin afán de exhaustividad– dos subtipos: la iatrofilosofía práctica bioética y la iatrofilosofía práctica clínica. En ambos casos el objetivo sería la dilucidación de la triada médica para una mejor toma de decisiones. La aplicación ética de la iatrofilosofía práctica está bien ejemplificada en el método deliberativo desarrollado por Diego Gracia, que nos enseña a interpretar prudentemente los hechos, los valores y los deberes (Gracia, 2007; 2019). La bioética narrativa de Tomás Domingo y Lydia Feito serían otro buen ejemplo de iatrofilosofía práctica (Domingo Moratalla & Feito Grande, 2020; Feito Grande & Domingo Moratalla, 2020). En ella se aplican a la medicina la hermenéutica de Ricoeur, así como otras fuentes de filosofía narrativa tales como el pensamiento de Ortega, Alasdair MacIntyre o Martha Nussbaum, por citar sólo las más destacadas.

La iatrofilosofía clínica incluiría buena parte de las técnicas de psicoterapia integradora de tercera generación, en especial las psicoterapias humanistas, que podrían tomarse como casos de psicoterapia iatrofilosófica. En ellos la antropología filosófica de inspiración fenomenológica y la hermenéutica han constituido un marco integrador, lo cual puede afirmarse por tres motivos. El primero es que la fenomenología y sus desarrollos hermenéuticos son posiblemente la forma de racionalidad más adecuada para el estudio de la vida humana. El segundo es que la fenomenología hermenéutica no es un mero método gnoseológico, sino que tiene también una proyección ética. Ello permite, dentro de un mismo modelo, proponer cambios en la acción y en el sentido que se dé a tal acción, los cuales tengan consecuencias, si no curativas, al menos sí de alivio y de consuelo. El tercer motivo es que fenomenología y hermenéutica, lejos de ser incompatibles con las ciencias naturales, las subsumen. En un marco hermenéutico y fenomenológico se puede hacer la mejor ciencia tanto del hombre como de la naturaleza, mientras que desde el positivismo solamente puede hacerse ciencia de la naturaleza, y además amenazada por el sesgo ideológico de una supuesta objetividad.

El análisis existencial de L. Binswanger (Ghaemi, 2001), la logoterapia de V. Frankl (Frankl, 1979) o la psicoterapia existencial de I. Yalom (Yalom, 1980) serían antecedentes remotos de iatrofilosofía psicoterapéutica, mientras que la filosofía clínica sería una interesante propuesta reciente (Barrientos Rastrojo & Packter, 2015; Ricco Medeiros, 2018). En todos ellos encontramos prácticas en las que la filosofía y la medicina comparten un núcleo prudencial común en un reducto en el que la psicoterapia podría entenderse como una suerte de antropología filosófica hecha en el límite de las posibilidades humanas. Una antropología filosófica “entre la espada y

la pared” que tiene utilidad no sólo práctica como técnica terapéutica, sino también teórica como campo de estudio antropológico.

Una fructífera aplicación de lo que entendemos por iatrofilosofía clínica la tenemos en la psicoterapia Fenomenológico Hermenéutico Dinámica (PHD) desarrollada por Giovanni Stanghellini (Stanghellini, 2017, 2019). Esta técnica ha sido utilizada en el tratamiento de trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión o algunos trastornos de la imagen corporal. Nos proponemos en este estudio ampliar el uso de la psicoterapia PHD al campo general de la medicina, y no solo a la psiquiatría. Nuestro objetivo es realizar un análisis fenomenológico hermenéutico de un problema de salud recientemente descrito –la depresalgia– (Vargas Aragón & Ortega Ladrón de Cegama, 2023), donde la psicoterapia PHD pudiera ser de utilidad. Lo haremos orientados por el horizonte filosófico de la antropología fenomenológica de Ortega.

En el segundo apartado se describen brevemente la depresalgia, la psicoterapia PHD y la modelización de la triada médica. En el tercero se expondrá nuestro modelo de la angustia de circunstancia. Terminaremos extrayendo algunas conclusiones.

2. La triada médica: hacia una psicoterapia PHD de la depresalgia

Depresalgia

Se entiende por dolor crónico aquel cuya duración es mayor de tres meses. Afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas en los países occidentales. Con frecuencia asocia fatiga, insomnio, problemas emocionales y déficit cognitivo, en especial en el tipo nociplástico de dolor crónico⁵. Algunas otras formas de dolor crónico son el dolor regional complejo, en el que se afecta de manera localizada una extremidad, la neuralgia o el dolor neuropático localizado en un territorio nervioso. El dolor crónico, particularmente la fibromialgia, afecta principalmente a mujeres en la edad media de la vida. Su tratamiento farmacológico es escasamente eficaz y tiende a la cronicidad. El dolor crónico es un “problema complejo de salud” en gran medida asimilable a los trastornos mentales o a los trastornos adictivos. Por ello, en su manejo clínico debe atenderse a la dualidad constitutiva del ser humano (biológica y cultural) y al “pluralismo metodológico” que ya Jaspers señalara para el estudio de los trastornos mentales (Stanghellini & Fuchs, 2013).

En los casos más graves de dolor crónico el estado de ánimo se ve afectado de manera notable. Este problema de salud ha sido descrito recientemente como “depresalgia” (Vargas Aragón & Ortega Ladrón de Cegama, 2023), la cual se caracteriza por tres

5 El tipo nociplástico de dolor se caracteriza por su independencia de lesiones corporales que lo justifiquen y por su generalización en gran parte del cuerpo. El dolor nociplástico tiende a entenderse como una patología primaria del sistema nociceptivo. La fibromialgia es el ejemplo paradigmático de dolor nociplástico (Häuser & Fitzcharles, 2018).

atributos: a) dolor nocioplástico crónico; b) sintomatología depresiva comórbida; y c) estrés biográfico persistente, ya sea por factores externos o por la intensidad del dolor. Los siguientes son dos casos imaginarios ilustrativos de depresalgia, basados en la práctica clínica del autor. El primero tiene una fuente biográfica de estrés y el segundo tiene el dolor como principal fuente de estrés:

María es una mujer de 56 años, casada, con tres hijos ya emancipados. En situación de incapacidad laboral, su último empleo fue de teleoperadora. Fue diagnosticada de fibromialgia a los 42 años y de trastorno depresivo recurrente a los 21 años. De niña sufrió abusos sexuales por parte de su abuelo. Ha sufrido violencia de género por parte de dos parejas previas. Ha tenido tres intentos de suicidio. Expresa persistentemente su deseo de morir, describe su dolor como una tortura continua.

Juan es un varón de 43 años. A los 32 años fue operado de una hernia discal lumbar. Tras ello se han incrementado los dolores lumbociáticos previos, que describe como muy intensos y totalmente incapacitantes. Se le ha diagnosticado síndrome de espalda fallida y trastorno adaptativo por dolor. Le humilla requerir ayuda para asearse. Se siente muy culpable por estar arruinando la vida a su mujer y valora la posibilidad de solicitar la eutanasia pues considera que vivir así no tiene ningún sentido y que es un estorbo para la felicidad de su familia. Siente que su deber es desaparecer.

Psicoterapia PHD

Nos proponemos con este estudio abrir vías para el tratamiento de la depresalgia mediante psicoterapia PHD. La psicoterapia PHD se describe detalladamente en el libro *Lost in Dialogue* (Stanghellini, 2017). Se basa en el presupuesto antropológico de que “ser humano” significa estar en diálogo con uno mismo y con los demás. Su presupuesto psicopatológico es que la patología mental es una interrupción de este diálogo, tanto el de la persona con la alteridad que la constituye, como el del paciente con otras personas relevantes. La psicoterapia PHD cobra sentido en el horizonte de la filosofía de Paul Ricoeur. Veamos algunos ejemplos ilustradores de ello.

En el capítulo 5 de *Lost in Dialogue* –“The dialogue with alterity: narratives and the dialectic of identity”–, se señala la importancia de la apertura hacia el otro como elemento establecedor y mantenedor de la mismidad y de la personalidad. Es precisamente en diálogo con el otro como puede construirse un relato lo suficientemente consistente como para conformar una identidad. La dialéctica del sí mismo y del otro, del *ipse* y del *idem* (Ricoeur, 1996, p. XXXI) son aquí conceptos filosóficos fundamentales en la intervención psicoterapéutica. En el capítulo 11 –“A closer look at moods and affects: intentionality and temporality”– Stanghellini asimila los estados de ánimo a lo

que Ricoeur llama los “sentimientos ontológicos”, aquellos sentimientos que denotan la apertura del hombre al ser. Los estados de ánimo serían las emociones más cercanas a la corporalidad, aquellos sentimientos de mismidad que conforman lo que Ricoeur llama el “carácter”. Los afectos, por su parte, estarían focalizados y tendrían intencionalidad. Si los estados de ánimo constituyen un horizonte emocional, los afectos focalizan la atención de los sentimientos en determinados objetos. La obra de Ricoeur está también presente cuando se describe la importancia que el concepto de “excentricidad” tiene para entender la alteridad. En este punto Stanghellini recuerda el concepto “*homo duplex*”, propuesto por Maine de Biran en 1852 y que está a la base de la cuestión del doble humano en la que Plessner es un autor clave⁶.

Desde un punto de vista operativo, la psicoterapia PHD se articula en tres momentos (Stanghellini, 2019). El primero (P) es el despliegue fenomenológico, que tiene por objeto el conocimiento sistemático de los fenómenos anormales que afectan al paciente. En el segundo momento, denominado análisis hermenéutico (H), se dilucida la manera en la que la persona construye sentido para sus experiencias. De ello deriva una articulación dialéctica entre la persona y sus experiencias anormales, una actitud que estructura su visión del mundo. La tercera y última fase es el análisis dinámico (D). En ella el sujeto reelabora la narrativa mediante la que la persona se relaciona con la alteridad, narrativa que se rompió en alguna situación límite de extrema vulnerabilidad existencial.

La triada médica como modelo general para la iatrofilosofía clínica

Las ciencias físicas buscan una formalización fuerte. Por ello sus teorías suelen expresarse haciendo uso de expresiones matemáticas. En las ciencias biológicas y sociales se recurre habitualmente al uso de modelos, que son esquemas gráficos o narrativos para la dilucidación de los problemas en estudio. A veces estos modelos llegan a formalizarse mediante teorías de matemática discreta, tales como la teoría de grafos. La investigación cualitativa hace amplio uso de la modelización.

De acuerdo con ello, analizaremos el problema de salud que es la depresión tomando la triada médica (patología, padecimiento, enfermedad) como modelo general. Entendemos que cada una de estas tres perspectivas es ortogonal respecto a las otras dos, de manera que cualquier problema de salud sólo resulta completamente caracterizado si se describe suficientemente en cada una de las tres

6 En la PHD encontramos múltiples raíces fenomenológicas y hermenéuticas que ejemplifican las fructíferas convergencias que un nutrido grupo de filósofos y médicos están realizando a caballo entre el mundo filosófico continental y el anglosajón. Esta convergencia justificaría un terreno propio para la emergente iatrofilosofía clínica. Señalaremos, para terminar esta mención de las importantes aportaciones de Stanghellini, el reciente libro sobre psicopatología fenomenológica (Stanghellini, Giovanni Broome et al., 2019) que edita en la órbita de la colección *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry* de la Universidad de Oxford.

dimensiones. De esta manera, el modelo general de la triada médica permite soslayar la clásica dicotomía naturalista / culturalista en la definición de enfermedad, que con frecuencia no conduce sino a debates estériles como los derivados de preguntas del tipo: ¿debe ser considerada enferma una persona que expresa síntomas, sin que se haya podido demostrar que tenga una enfermedad tras un estudio médico adecuado, como es el caso en la hipocondría?, ¿es ético considerar a alguien como potencialmente enfermo, con el sufrimiento que ello conlleva, por el mero hecho de ser una persona de riesgo para una determinada patología, por ejemplo, el cáncer?, ¿hasta qué punto los privilegios sociales asociados a la condición de enfermo dependen de definiciones normativas de las enfermedades adoptadas mediante consenso científico o social? Estos y similares problemas dan cuenta de la indeterminación ontológica de los problemas complejos de salud (Vargas-Aragón, 2023), en los que la mera aproximación biomédica es insuficiente, como en el caso de los trastornos mentales o en el dolor crónico⁷, y en general en cualquier patología con tendencia a la cronicidad o con riesgo de generar discapacidad. Es precisamente en el abordaje de los problemas complejos de salud donde el concepto de triada médica puede resultar de mayor utilidad.

Son numerosos los estudios de iatrofilosofía teórica dedicados a la triada médica, algunos de los cuales comienzan a enmarcarse en el giro enactivista de la fenomenología (Aftab & Nielsen, 2021). Veremos a continuación los atributos que consideramos básicos para cada una de las tres dimensiones de la triada médica: la patología, el padecimiento y el enfermo. Respecto a esta última dimensión, diferenciaremos el enfermo como rol, el enfermo como identidad y el enfermo como paciente.

La patología es el conjunto de procesos biológicos subyacentes a cada una de las entidades nosológicas aceptadas por la comunidad científica. La patología se detecta mediante indicadores biomédicos tales como análisis de sangre, pruebas de imagen o estudios anatomopatológicos. El término “patología” connota su uso técnico como entidad nosológica con una anatomía patológica determinada. Es obvio que este enfoque arraiga en la concepción anatomoclínica de la enfermedad. En último término, la noción de patología implica cierta reificación de un concepto y cobra sentido desde la mentalidad médica anatomoclínica que entiende las distintas entidades nosológicas como especies naturales entre las que cabe establecer diferencias categoriales. No sucede así con la mentalidad fisiopatológica, que entiende los procesos nosológicos como dimensiones continuas y que, por ello, prefiere hablar de disfunción, trastorno, o incluso desequilibrio, connotación que resulta bien recogida en el término inglés “*disorder*”.

El padecimiento es el relato mediante el cual la persona que está y/o se siente enferma narra su vivencia aversiva. Los elementos de ese relato forman complejos

7 Para una aproximación al dolor crónico como problema complejo de salud (cf. Vargas, 2023).

sintomatológicos (Wardrobe & Reuber, 2022) en cuya conformación intervienen otros agentes además de la persona enferma, tales como los familiares, los profesionales sanitarios o el entorno laboral y administrativo. El padecimiento se experimenta como una forma de malestar y se expresa mediante quejas. El padecimiento habitualmente se refiere a una patología del propio cuerpo, si bien puede ser también adecuado usar el término “padecimiento” en referencia al estado mental aversivo por la patología sufrida por un ser querido. Los fenómenos clínicos de identificación con síntomas sufridos por seres queridos dan cuenta de ello. Esta dimensión social del padecimiento es coherente con la intersubjetividad subyacente a cualquier vivencia. El padecimiento sería un tipo específico de sufrimiento: el sufrimiento que está específicamente relacionado con una amenaza real o potencial a la integridad del organismo.

El atributo “enfermo” caracteriza a la persona que sufre las consecuencias funcionales de la patología y que juega un rol determinado en un marco social. El rol de enfermo se manifiesta mediante indicadores somáticos tales como la fiebre, mediante conductas involuntarias tales como la tos o y/o se expresa mediante comportamientos de enfermedad tales como la cojera⁸. “Enfermo” es una palabra que no implica connotaciones relacionales por parte del hablante, sino que en esta primera acepción meramente designa el rol de cualquier persona que acredite estar afectada por una patología y/o que exprese un padecimiento. Algunas personas utilizan este marcador de rol para hablar de sí mismo/a connotando grados diversos de identificación con el rol social de enfermo, desde “tengo tal enfermedad” hasta “soy un enfermo de...”. En este último caso —habitual en enfermedades crónicas y potencialmente graves como la diabetes, el cáncer o los trastornos mentales—, la condición de enfermo no indica solamente un rol transitorio, sino que se convierte en una clave de identidad. Entonces, no “se está enfermo”, sino que “se es enfermo de...”. Llamaremos “enfermo como rol” al primer caso y “enfermo como identidad” al segundo.

En español de España no es habitual establecer diferencias fuertes entre las perspectivas biológica, psicológica y social del enfermar. Suele utilizarse la expresión “estar malo” o, de manera más formal, “estar enfermo” para destacar un impedimento funcional transitorio debido a problemas de salud, así como la expresión “encontrarse mal” para denotar la afección por síntomas tales como el mareo o la náusea, o bien comunicar directamente un signo como síntoma, por ejemplo, en “tengo fiebre”. El rol de persona enferma se expresa en español desde cierta distancia en expresiones tales como “tengo cáncer”, o “estoy pasando una depresión”, o desde una clara identificación con la enfermedad como en “soy diabético” o “por fin me han diagnosticado lo que tengo: fibromialgia”. En estos últimos casos, la dimensión “enfermo” constituye un auténtico esqueleto para la identidad personal.

8 Se recomienda el clásico libro de Thomas Szasz *El mito de la enfermedad mental* (Szasz, 1994), para una mejor comprensión del rol de enfermo en “el juego de la enfermedad”.

Tanto estar enfermo como ser un enfermo de..., son atributos personales que funcionan como marcadores de rol social –transitorio o estable–, el cual puede ser utilizado con propiedad por cualquier miembro de una comunidad hablante. Por el contrario, el uso del nombre “paciente” implica una relación por parte del hablante, de manera que su uso sólo resulta natural cuando el hablante lo hace desde una perspectiva de prestador de cuidados de salud. Obsérvese que el nombre “paciente” es un antónimo recíproco⁹ del nombre “medico” y, por extensión, de cualquier nombre referente a un profesional sanitario. “Paciente” no es sino el nombre de uno de los elementos de la relación establecida entre dos personas que, precisamente en virtud de tal relación, llamamos médico y paciente. Lo que se designa con la palabra “paciente” no es un objeto –la persona que solicita cuidado médico–, sino uno de los dos extremos de una relación, la “relación médico-paciente”¹⁰. “Paciente” sería cualquier persona susceptible de atención sanitaria en relación con una patología efectiva o potencial. Sin ánimo de ahondar en la etimología de los términos “patología”, “padecimiento” y “paciente”, cabe señalar que los tres comparten la raíz griega común *pathos*, que se refiere tanto a las enfermedades como a las emociones a ellas asociadas.

3. La angustia de circunstancia: iatrofilosofía a hombros de Ortega

Ya se ha mencionado que la psicoterapia PHD se hace en un horizonte de filosofía ricoeuriana; otros estudios de hermenéutica clínica asumen un horizonte heideggeriano (Smythe et al., 2020). En nuestro caso intentaremos abrir algunas sendas para la depresalgia desde el horizonte de la antropología orteguiana.

Nuestro estudio de la depresalgia de acuerdo con el modelo general de la triada médica transcurrirá en las tres etapas propias de la psicoterapia PHD. El momento P de despliegue fenomenológico se ha realizado mediante observación participante durante la atención clínica a cientos de pacientes en la Unidad del Dolor de Valladolid. Ello ha dado lugar al concepto de depresalgia tal y como se describe en el artículo donde esta se presenta (Vargas Aragón & Ortega Ladrón de Cegama, 2023). En el despliegue fenomenológico se han caracterizado cuatro metáforas principales que son los nodos del modelo: los nudos personales, el desgarrar de la persona, la angustia de circunstancia y la avaricia del cuerpo. La tercera de ellas da nombre al modelo por ser la más representativa. El momento H de análisis hermenéutico consiste en la descripción de la red semántica en la que los nodos descritos en la dimensión del padecimiento se

9 Recordemos que se entiende que dos términos son antónimos recíprocos cuando se necesitan mutuamente para definirse, por ejemplo, comprar y vender, o dar y recibir.

10 Un tanto de lo mismo podría decirse de la palabra médico. Es cierto que muchos médicos no atienden directamente a pacientes y que no por ello son menos médicos. Pero lo que define al médico es, necesariamente, la relación terapéutica en la que, directa, indirecta o potencialmente, está implicado. En este trabajo nos referiremos, según el contexto, a enfermos o a pacientes.

relacionan entre sí, con las patologías y con la dimensión de enfermo. El momento D, de análisis dinámico buscará resignificar el problema de salud de manera más saludable haciendo un uso prudente de la concordia terapéutica (Vargas-Aragón, 2023; Vargas, 2012). En este caso haremos breve uso de la obra de Pedro Laín Entralgo (Laín Entralgo, 1964, 1970) y de Juan Rof Carballo (Rof Carballo, 1999).

P: Despliegue fenomenológico

Encontramos una aproximación fenomenológica al dolor al menos en dos pasajes de Ortega. El primero de ellos es en la lección tercera de *El hombre y la gente*. Allí se diferencia la vida en el “mi” –o “yo”– respecto a la vida en “la circunstancia”. En ese texto resulta claro que el “mi” significa “mi cuerpo” –o, más exactamente, “mi cuerpo vivido”–, con lo cual podemos traducir el clásico aforismo orteguiano como “yo soy mi cuerpo vivido y mi circunstancia”. Entonces, la “realidad radical” que es la vida humana no es sólo el “mi” sino también “la circunstancia”:

Dije, señores, que al haber vida humana hay ipso facto dos términos o factores igualmente primarios el uno con el otro y además inseparables: el hombre que vive y la circunstancia o mundo en que el hombre vive. (Ortega y Gasset, 2010, p. 174)

El segundo pasaje lo tomamos del capítulo “El peligro que es el otro y la sorpresa que es el yo”, de la misma obra *El hombre y la gente* (Ortega y Gasset, 2010, p.235). En él es destacable el atributo que confiere al dolor como algo que pudiéramos llamar “indicador de convicción”. El dolor sería indicador de la creencia en la realidad radical de la “mismidad corporal”, que también podría llamarse “corporalidad mística” para denotar que la realidad radical del cuerpo es el indicador de certeza de la mismidad¹¹. El dolor sería, entonces, “indicador de mismidad corporal”. Allí Ortega se refiere a la habitación del espacio común y traduce *gemütlich*¹² tomando el vocablo asturiano “atopadizo”, que la RAE (2023) deriva de atopar, ‘hallarse bien en un sitio’. De manera que lo atopadizo sería lo doméstico cargado de realidad radical “esta deliciosa, difusa emoción de lo íntimo y nuestro y casero...” Además, lo atopadizo “a la vez me comprime y me abriga”. Lo atopadizo sería lo íntimo, la “mismidad circunstancial”,

11 Esta idea la recoge muy bien el dicho popular de “poner la mano en el fuego” por alguien. En este caso el criterio último de la creencia en alguien se equipara a la verdad del dolor que se experimentaría si se pusiera la mano en el fuego. En esta misma línea de resaltar el dolor como sensación primaria de indubitable certeza, señala acertadamente Carmen López leyendo a Merleau-Ponty: “Mientras que, para la psicología clásica, el dolor es una representación, es conciencia de él, para la fenomenología consiste en una vivencia directa de mi propio cuerpo. En otras palabras, del dolor no tenemos conciencia tras tematizarlo, sino inmediatamente cuando lo sentimos” (López Sáenz, 2010).

12 La raíz de *gemütlich* es el nombre *Gemüt*, que tantos quebraderos de cabeza ha dado a los traductores de las críticas kantianas. Para profundizar en la relación de esta raíz con el concepto de mente en Kant, véase Rivera de Rosales (1998).

pero un mundo íntimo que también puede doler pues “mientras nos duele nos está, en efecto, siendo íntimo”¹³. El dolor, por lo tanto, se nos presenta como indicador de mismidad, tanto corporal como circunstancial. Citemos por extenso este segundo pasaje, que bien pudiera llamarse pequeña fenomenología orteguiana del dolor:

Mi mundo es atopadizo, incluso lo que de él me es doloroso. Yo no puedo ahora detenerme a hacerles a ustedes una rigurosa fenomenología del dolor —que, entre paréntesis, nadie ha intentado—¹⁴ pero ella mostraría cómo nuestros dolores, que son una de las cosas que se encuentran en el mundo de cada cual o subjetivo, tienen una dimensión positiva en virtud de la cual sentimos por ellos algo así como afecto, al mismo tiempo que nos están exasperando, esa como difusa pero cálida actitud que sentimos hacia todo lo auténticamente nuestro. Y es que mientras nos duele nos está, en efecto, siendo íntimo. ¿Cómo no va a ser así, si en el dolor soy siempre yo quien me duelo a mí mismo? Digo esto no más que como un colmo, a fin de contraponer a esto lo que nos pasa con el mundo objetivo o común en que vivimos con los demás hombres y que es lo que normalmente llamamos el Mundo, y aún si se quiere, el verdadero Mundo. Porque éste, como digo, ni es mío ni es tuyo; no nos es patente, sino una inmensa conjetura que en nuestra convivencia vamos haciendo, mas que, a fuer de tal, es siempre problemática, nunca presentándonos la faz, sino que a ella llegamos como a tientas, y que presentimos constantemente como llena de enigmas, de porciones incógnitas, de sorpresas azorantes, de escotillones y trampas. Lo que el Otro me es como extraño y extranjero, se proyecta sobre ese mundo común a ambos, que es, por eso, por venir de los otros, ya dije, el auténtico no-yo y, por tanto, para mí la gran extrañeza y la formal extranjería. El llamado mundo objetivo que es el de todos los hombres en cuanto forman sociedad es el correlato de ésta y últimamente de la humanidad. (Ortega y Gasset, 2010, pp. 235-236)

El pasaje transcurre desde el polo de la intimidad, representado por el dolor, hacia el polo de la alteridad representado por “el auténtico no-yo” y “la gran extrañeza y formal extranjería”. Es con esta alteridad con la que el sujeto entraría en diálogo según los presupuestos de la psicoterapia PHD.

Atendamos ahora a las tres dimensiones que Ortega considera para el ser humano—vitalidad, alma y espíritu—, “la tectónica de la persona, la estructura de la intimidad humana” (Ortega y Gasset, 2004, p. 570):

13 Con esta frase, Ortega resume magistralmente la fenomenología del duelo, sentimiento por el que nos aferramos dolorosamente al recuerdo de los objetos amados perdidos para conservar la vivencia de su intimidad.

14 Afortunadamente a día de hoy no puede seguirse sosteniendo la afirmación orteguiana de que no existe una fenomenología del dolor (Geniusas, 2020; Serrano de Haro, 2019).

Esto nos obliga, por lo menos provisionalmente, a hablar de tres «yo» distintos que integran trinitariamente nuestra personalidad: un «yo» de la esfera psicocorporal, un «yo» del alma, un «yo» espiritual o mental. (Ortega y Gasset, 2004, p. 579)

Y más adelante se refiere a la excentricidad del alma:

Nos sentimos individuales merced a esa misteriosa excentricidad de nuestra alma. Porque frente a la naturaleza y espíritu, alma es eso: vida excéntrica. (Ortega y Gasset, 2004, p. 582)

Existen situaciones límite biográficas en las que la circunstancia íntima —la familia, el hogar, y en general el campo de lo amado— se ve agredida por la violencia o el conflicto¹⁵. Llamaremos “nudos personales” a tales situaciones¹⁶. A consecuencia del nudo personal derivado de una situación límite en el ámbito de la intimidad, se desgarran la urdimbre afectiva mediante la que el entramado de los afectos interpersonales constituye la personalidad¹⁷. Entonces el yo del alma deja de tejer la propia vida conduciendo al “desgarramiento de la persona”.

De acuerdo con nuestro modelo, cuando la circunstancia que antes era doméstica, íntima, —y por lo tanto parte de mí puesto que es “mi circunstancia”— se torna extraña, alterada, aparece la “angustia de circunstancia”. Se produce entonces un extrañamiento de lo que antes era intimidad, un estrechamiento de la mismidad circunstancial acompañado de la refocalización avariciosa del alma hacia la mismidad corporal. Viajemos a continuación a un fragmento muy ilustrador en *Vitalidad, alma espíritu*, que nos ayudará a entender esta refocalización de la mano del sentimiento de antipatía que proponemos en el núcleo de la depresalgia:

15 Una de las observaciones clínicas que nos ha llevado a proponer este modelo es la elevada frecuencia con la que en personas con depresalgia parecen existir conflictos interpersonales graves en la esfera de la intimidad, ya sea entre hermanos, con los padres, con los hijos o, principalmente, en la pareja. Esta observación requiere la oportuna verificación epidemiológica. No obstante, son abundantes los estudios en los que los eventos psicotraumáticos han mostrado actuar como factores de riesgo para el dolor crónico (Kind & Otis, 2019).

16 Si en el dolor nociceptivo —por lesión tisular, habitualmente aguda— duele en una parte del cuerpo que puede señalarse como “aquí” —dolor a punta de dedo—, el dolor nociplástico habitualmente duele desde un momento de la biografía que puede señalarse como “desde entonces” —dolor a hoja del calendario—. Este señalamiento temporal del dolor es sugerente de depresalgia e indica la aparición de un nudo personal en una experiencia límite.

17 Rof Carballo, desarrollando el concepto zubiriano de apertura al mundo, ha integrado la experiencia del cuerpo y de la personalidad con la fisiología del sistema nervioso mediante la metáfora de la urdimbre afectiva (Rof Carballo, 1999, pp. 1028-1034). Puede hacerse una lectura neurobiológica del concepto de urdimbre afectiva atendiendo a la plasticidad neuronal que, en áreas del circuito límbico como el giro cingulado anterior, conecta proyecciones neuronales corticales y subcorticales. La inhibición de la plasticidad neuronal por efecto del estrés sobre el cerebro, en gran medida mediado por el cortisol, sería el correlato neurobiológico del “desgarramiento de la persona”. En su clásico libro, basándose en el círculo formal de Weizsäcker, Rof Carballo desarrolla la psicósomática del dolor como una percepción, una reacción, una expresión y una manifestación emotiva del sujeto (1999 pp. 612-644).

El lugar, pues, del volumen íntimo de donde mana y brota la antipatía —como la tristeza— es distinto del punto psíquico que llamamos «yo». A veces noto que mi yo llega a aceptar esa antipatía, a tomarla sobre sí, a responsabilizarse de ella. Quiere decirse que ese punto del alma donde la antipatía nació ha atraído el eje de mi persona y se ha instalado en él. (Ortega y Gasset, 2004, pp. 576-577)

Contrariamente a lo que sucede en la vivencia sana de la corporalidad, donde un cuerpo sano es un cuerpo transparente —un cuerpo no avaro—, de la mano de la angustia de circunstancia acontece un repliegue del alma en la mismidad corporal que caracterizaremos con la metáfora de la “avaricia del cuerpo”. En la avaricia del cuerpo se perdería la excentricidad del alma, que resultaría atrapada por la vitalidad corporal, carente de simbolización y sentida como puro ruido vital¹⁸.

H: Análisis hermenéutico

Al igual que la nosografía pretende una clasificación de patologías —una nosotaxia—, la medicina antropológicamente orientada debería aspirar también a describir y clasificar las distintas formas de padecimiento, así como a pergeñar una tipología de pacientes. En el momento P hemos delimitado los cuatro nodos principales de nuestro modelo mediante las siguientes metáforas: los nudos personales, el desgarramiento de la persona, la angustia de circunstancia y la avaricia del cuerpo. El análisis hermenéutico de la triada médica consistirá, precisamente, en correlacionar los distintos tipos de padecimiento con conceptos de la patología y con el rol de enfermo. Lo haremos en orden inverso al de su despliegue.

Se aceptan tres tipos de dolor crónico: el dolor nociceptivo, el dolor neuropático y el dolor nociplástico (Cohen et al., 2021). Proponemos la avaricia del cuerpo como su metáfora expresiva, especialmente para los dolores de tipo nociplástico y neuropático. El dolor crónico —especialmente el nociplástico (Fitzcharles et al., 2021)— puede complicarse con un síndrome de sensibilización central (den Boer et al., 2018) en el que la experiencia dolorosa se acompaña de un continuo “ruido de fondo” en diversos canales sensoriales, de manera que la corporalidad en su conjunto pierde la transparencia que caracteriza al estado de salud. Por ello decimos que en el dolor crónico el cuerpo se torna avaricioso hasta el punto de llegar a tiranizar a la persona que lo sufre cuando multitud de señales corporales se amplifican capturando el foco de atención de la consciencia.

18 El síndrome de sensibilización central que acompaña al dolor nociplástico se caracteriza por muy diversos síntomas de hipersensibilidad sensorial, tales como dolor nociplástico, acúfenos, hipersensibilidad lumínica, acústica, cinestésica o química, hiperreactividad vegetativa e hiperreactividad emocional — hiperkatafeia—, por citar sólo los síntomas más característicos.

El principal mecanismo patológico asociado al padecimiento de angustia de circunstancia sería una alteración de la “alostasis”. La alostasis es un concepto que fue propuesto en 1988 por el epidemiólogo Joseph Eyer y el neurobiólogo Peter Sterling como proceso complementario al de la “homeostasis” que regula el medio interno (Elman & Borsook, 2016; Sterling, P., & Eyer, 1988)¹⁹. La alostasis enfatizaría los aspectos de regulación externa, ambientales, por los que el individuo modula su medio interno para ajustarse al entorno. En términos orteguianos, la homeostasis se relacionaría con el equilibrio de la vitalidad —de la esfera psicocorporal—, mientras que la alostasis daría cuenta del equilibrio que se establece entre el yo corporal y su circunstancia. La alostasis sería el mecanismo subyacente a la “vida excéntrica del alma”, que se proyecta desde la mismidad hacia la alteridad.

La alostasis que regula la relación del sujeto con su circunstancia puede alterarse en situaciones de estrés persistente en las que se produce una disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Una alteración de la alostasis se ha propuesto tanto para las adicciones como para el dolor crónico (Vargas, 2020). Los nudos personales hacen que parcelas del mundo que antes eran íntimas sean ahora extrañas, alterando así la vida excéntrica del alma, alterando la alostasis. Con la alteración de la alostasis en la depresalgia, la persona se desgarrar, de manera que una parte de su alma deja de proyectarse hacia la circunstancia para angostarse dolorosa en el cuerpo. Tal fragmento de alma se convierte progresivamente en una entidad caprichosa ajena al cuerpo vivido, que parece cobrar vida propia en una “reificación del dolor”²⁰. El cuerpo dolorido se habría convertido en pura alteridad ajena a la mismidad del alma propia, el cuerpo dolorido ha devenido “cuerpo extraño”. Por la angustia de la circunstancia el alma ha dejado de habitar amorosamente la circunstancia personal y ha sido atrapada por una corporalidad avariciosa de vitalidad. Parte de la vida ya no es excéntrica, sino un angosto hervidero de vitalidad.

La alteración de la alostasis conduce, por otra parte, a una notable disminución de la proyección biográfica sobre la circunstancia. Merman los quehaceres en los que se implica la persona, se quiebra su vocación y, en último término, se produce una “expropiación biográfica”²¹. El “síndrome de fatiga crónica” y la “niebla mental” que con frecuencia acompañan al dolor crónico, no serían sino metáforas biológicas de tal expropiación biográfica. Finalmente, la persona dolorida reconfigura su identidad en torno al rol de enfermo, que eclipsa día a día el resto de los roles de la persona —laboral,

19 La homeostasis sería el estado del organismo propio de la “transparencia” característica del estado oculto de la salud (Gadamer, 2009).

20 Esta reificación del dolor es expresada con frecuencia en términos como “es como si un perro estuviera mordéndome continuamente”.

21 Tomamos la metáfora “expropiación biográfica” como vivencia antagónica a la que conforma la salud mental según la psicopatología antropológica de Pelegrina: la apropiación (Pelegrina Cetran, 2006). La expropiación agruparía tanto la desrealización como la despersonalización propuesta por Pelegrina como claves de la psicopatología.

familiar, de ocio— La persona se ha desgarrado²², resultando de ello un dolorido cuerpo extraño y un residuo personal en la identidad de ser “un enfermo expropiado”.

Resumiendo, en la depresalgia describimos la siguiente triada médica. Respecto a la patología, existen mecanismos biológicos predominantes de sensibilización central, de la alteración de la alostasis y de alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Respecto al padecimiento, se dan vivencias de avaricia del cuerpo, de angustia de circunstancia, de desgarramiento personal y de nudos personales. Respecto al paciente se produce una expropiación biográfica. La sensibilización central sería el mecanismo subyacente a la avaricia del cuerpo, mientras que la alteración de la alostasis lo sería para la angustia de circunstancia y para el desgarramiento personal. Por su parte, las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal serían el mecanismo subyacente a los nudos personales. La dimensión de enfermedad se expresa en la identidad de enfermo expropiado.

D: Análisis dinámico

En su texto de 1939 *Ensimismamiento y alteración*, Ortega se refiere al drama de la vida humana:

Hasta ese grado, a diferencia de los demás seres del universo, el hombre no es nunca seguramente *hombre*, sino que ser *hombre* significa, precisamente, estar siempre a punto de no serlo, ser viviente problema, absoluta y azarosa aventura o, como yo suelo decir: ser, por esencia, drama. Porque sólo hay drama cuando no se sabe lo que va a pasar, sino que cada instante es puro peligro y trémulo riesgo. (Ortega y Gasset, 1939, p. 540, énfasis del autor)

En la depresalgia una parte del alma, confinada en el cuerpo, pierde la excentricidad necesaria para vivir el drama de su vida. Por ello la intervención dinámica en la depresalgia en el momento D de la psicoterapia procurará una “reubicación del alma”, que volviendo a su excentricidad podrá reapropiarse de la circunstancia. De esta manera se haría efectiva la segunda proposición de la aseveración orteguiana “y si no la salvo a ella, no me salvo yo”. No se trata ahora de salvar la circunstancia —tarea propia de la persona sana—, sino más bien de “salvarse en la circunstancia” descentrando el alma hacia el mundo de la vida²³. Para lograr este objetivo, el análisis de los nudos personales, ampliando el horizonte hermenéutico de su interpretación en fusión con la alteridad moduladora del

22 Queda para otro estudio el análisis fenomenológico diferencial entre el desgarramiento de la persona que se da en la depresalgia y su vaciado en la melancolía.

23 En términos de Terapia Ocupacional la salvación en la circunstancia equivaldría a la actividad significativa.

psicoterapeuta, será un paso ineludible. Se retomará así el diálogo del sujeto con la alteridad de su circunstancia, focalizada ahora en un diálogo con el terapeuta en clave de concordia terapéutica. A medida que se resignifica el nudo personal, la identidad recuperará antiguos roles e incorporará otros nuevos. Este proceso requiere una recuperación de la confianza en la vitalidad corporal, a la vez que una recuperación de la confianza en la propia identidad que ahora incorpora con naturalidad las cicatrices de la patología, pero sin que ellas capturen su alma. Se trata de remendar el punto donde se desgarró la trama biográfica mediante la que la persona se imbrica con la urdimbre de su circunstancia²⁴. Se trataría, entonces, de promover la reapropiación de la subjetividad transitando del “dolor en mí” a “mi dolor”, reintegrando así la experiencia del dolor en un relato propio acorde con la biografía del paciente. Se trata de disolver el nudo, con suavidad, sin forzamientos, tomando perspectiva, con paciencia, sin un plan preestablecido, como se resuelve cualquier nudo.

Ya la medicina hipocrática, si bien naturalista, se articulaba en torno a una peculiar relación humana de cuidado, la *philia* médica, aspecto profundamente teorizado por Laín (Laín Entralgo, 1964, 1970; San Martín & Domingo Moratalla, 2010). Desde los argumentos de la consolación latina (Lillo Redonet, 2001), hasta el giro positivo dado por la medicina en el siglo de la ciencia gracias a médicos como Claude Bernard (Bernard, 2005), no se hizo sino incrementar los recursos con los que ejercer la vieja *philia* médica griega. En *La relación médico-enfermo*, Laín se refiere a la “estructura interna de la vinculación entre el médico y el paciente” como una “relación cuasi-diádica”, una convivencia coejecutiva en la que se comparte lo más íntimo y recoleto de la mismidad. Esa esfera que se comparte en el encuentro clínico, donde la intimidad de la experiencia subjetiva es máxima, es denominada por Laín como “lo mío” (Laín Entralgo, 1964; pp. 242-251). En contraste con la esfera de “lo mío”, describe nuestro filósofo médico la esfera de “lo en mí”. Es precisamente en esta segunda esfera de “lo en mí”, externa a la radical intimidad, donde cabría ubicar la experiencia de la depresalgia. En nuestra lectura de Laín, el dolor se reifica en mí, cobrando vida propia como si se tratara de un animal fuera de control dentro del propio cuerpo, un animal caprichoso, cruel y ávaro. El dolor iría colonizando el cuerpo transformándolo en “cuerpo extraño” ubicado en un nuevo tercer espacio de la subjetividad, que ahora estaría dividida en yo, mi circunstancia y mi dolor.

En nuestro caso, el momento D de la psicoterapia PHD se intentará con ayuda de una relación médico-paciente basada en la concordia terapéutica (Vargas Aragón,

24 José F. Álvarez ha propuesto como modelo “el tejido de la racionalidad acotada”, con una inspiración orteguiana que es oportuno mencionar para la interpretación de la metáfora aquí propuesta del “tejido personal” (Álvarez, 2002). Recordemos que un tejido se compone de hilatura vertical —la urdimbre—, que es abrazada perpendicularmente por la hilatura horizontal —la trama—. El tejido personal, la biografía, sería el resultado del entramado de ambos.

2023b) en la que médico y paciente comparten una misma narrativa y donde el médico –y por extensión cualquier psicoterapeuta– ejerce su función terapéutica actuando como alteridad moduladora²⁵. En el caso del dolor crónico el relato terapéutico de la recuperación se estructurará en tres etapas: alivio, recuperación y agencia. El alivio del dolor crónico se lograría mediante la aceptación de la expresión de quejas, lo cual promueve vivencias de intersubjetividad y la recuperación de vínculos interpersonales. La recuperación consistiría en un progresivo retorno a la vida activa de acuerdo con objetivos realistas e individualizados determinados conforme a nuevas claves de sentido. La recuperación sería una reincorporación, en el sentido de “volver a habitar el cuerpo” de acuerdo con alguno de los siguientes nuevos núcleos narrativos: a) la individualización de un proyecto personal de recuperación construido en torno a valores y circunstancias personales; b) el conocimiento de los mecanismos del dolor de acuerdo con el relato médico convencional, así como de sus tratamientos médicos; c) la diferenciación fenomenológica entre el cuerpo objetivo y la subjetividad corporal, o corporalidad; d) la consideración de la intersubjetividad, las circunstancias del dolor y los agentes traumáticos intersubjetivos; e) la identidad y la salud, especialmente poniendo el foco en el riesgo de que el dolor se constituya en el relato biográfico principal; f) el camino de la recuperación entendido como drama personal y la salvación en la actividad entendida como tarea y como recuperación de una vocación. Por último, la etapa de agencia busca promover la identidad de persona recuperada del dolor como sujeto agente de su propia salud y no como objeto pasivo doliente. El proceso de recuperación se basa, en último término, en una decisión de reapropiación de la propia biografía. La concordia terapéutica busca facilitar la reconstrucción de una identidad como agente de la propia salud, y no como un mero paciente receptor de cuidados. La concordia terapéutica se focaliza en la agencia, de manera que “el médico propone y el paciente dispone” los diversos tratamientos.

4. Conclusión

La convergencia teórica de medicina y filosofía es deseable y necesaria en la medida en que los problemas de salud y los sistemas de prestación de servicios son cada vez más complejos y presentan problemas cuyo análisis podría beneficiarse de metodologías filosóficas como es la hermenéutica clínica del dolor aquí presentada. A su vez, prácticas procedentes de la ética aplicada, como son las narrativas, puede tener un fructífero acomodo en la intervención terapéutica. Todo ello requiere de la disposición de modelos

25 Definimos alteridad moduladora como el rol terapéutico asegurador, propio del médico, que facilita la recuperación biográfica del paciente atenuando su vulnerabilidad mediante el prudente uso de sus conocimientos científicos.

antropológicos rigurosos, como son los provistos por la antropología filosófica de orientación fenomenológica. Esperamos que la iatrofilosofía y la hermenéutica clínica, en la manera en la que ha sido expuesta, puedan ser tomadas como modelos convincentes para facilitar esta deseable convergencia.

La aplicación de la psicoterapia PHD al caso de la depresalgia que se ha expuesto en este estudio se ha basado en la observación participante del autor durante su trabajo clínico en psicoterapia individual y grupal con personas con dolor crónico. En posteriores trabajos de investigación empírica habrá de verse si las cinco metáforas nucleares propuestas –avaricia del cuerpo, angustia de circunstancia, desgarrar personal, nudos personales y expropiación personal– tienen soporte empírico en otras muestras clínicas.

Agradecimientos

A María Fernanda Nieto Ramiro y a los pacientes, por su colaboración en la observación participante durante las sesiones de Grupos de Alivio, Recuperación y Agencia (GARA). Este trabajo fue esbozado en Sevilla en 2021 durante el XIII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Fenomenología (SEFE).

Referencias

- Aftab, A., & Nielsen, K. (2021). From Engel to enactivism: Contextualizing the biopsychosocial model. *European Journal of Analytic Philosophy*, 17(2), 5-22. <https://doi.org/10.31820/EJAP.17.2.3>
- Álvarez, J. F. (2002). El tejido de la racionalidad acotada y expresiva. *En Manuscrito*, XXV (2) Michael B. Wrigley(ed.): *Dialogue, Language, Rationality: A Festschrift for Marcelo Dasca*. (pp. 11-29). CLE/UNICAMP, State University of Campinas. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/manuscrito/article/view/8644471>
- Barrientos Rastrojo, J., & Packter, L. (2015). *Introducción a la filosofía aplicada y a la filosofía clínica: aplicaciones y fundamentaciones*. ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoameric.).
- Bernard, C. (2005). *Introducción al Estudio de la Medicina Experimental*. Crítica.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología. Curso de actualización*. Ariel.
- Bunge, M. (1985). *Treatise on Basic Philosophy. Volume 7. Epistemology & Methodology III: Philosophy of Science and Technology*. Part II Life Science, Social Science and Technology. Reidel Publishing Company. <https://doi.org/10.1007/978-94-009-5287-4>
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Gedisa.

- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Daly, P. (2017). Philosophy of medicine 2017: reviewing the situation. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 38(6), 483-488. <https://doi.org/10.1007/s11017-017-9430-z>
- den Boer, C., Dries, L., Terluin, B., van der Wouden, J. C., Blankenstein, A. H., van Wilgen, C. P., Lucassen, P., & van der Horst, H. E. (2018). Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. *Journal of Psychosomatic Research*, 117(December 2018), 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.12.010>
- Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2020). *Bioética narrativa* (2.a ed.). Guillermo Escolar Editor.
- Elman, I., & Borsook, D. (2016). Common Brain Mechanisms of Chronic Pain and Addiction. *Neuron*, 89(1), 11-36. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.11.027>
- Feito Grande, L., & Domingo Moratalla, T. (2020). *Bioética narrativa aplicada*. Guillermo Escolar Editor.
- Fitzcharles, M. A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C., & Häuser, W. (2021). Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*, 397(10289), 2098-2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Gadamer, H.-G. (2009). *El estado oculto de la salud*. Gedisa.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa.
- Geniusas, S. (2020). *The Phenomenology of Pain* (1st ed., Vol. 53). Ohio University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv224twdv>
- Ghaemi, S. N. (2001). Rediscovering existential psychotherapy: The contribution of Ludwig Binswanger. *American Journal of Psychotherapy*, 55(1), 51-64. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2001.55.1.51>
- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de Bioética* (2.a ed.). Triacastela.
- Gracia, D. (2019). *Bioética mínima*. Triacastela.
- Häuser, W., & Fitzcharles, M. A. (2018). Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 53-62. <https://doi.org/10.31887%2FDCNS.2018.20.1%2Fwhauser>
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651-673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>

- Kind, S., & Otis, J. D. (2019). The Interaction Between Chronic Pain and PTSD. *Current Pain and Headache Reports*, 23(12). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0828-3>
- Lain Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Historia y teoría. Revista de Occidente.
- Lain Entralgo, P. (1970). *La Medicina Hipocrática*. Revista de Occidente.
- Lillo Redonet, F. (2001). *Palabras contra el dolor. La consolación filosófica latina de Cicerón a Frontón*. Ediciones Clásicas.
- López Sáenz, M. C. (2010). Hermenéutica del cuerpo doliente-dolido desde la fenomenología del sentir. *Investigaciones Fenomenológicas, monográfico*, 89-124. <https://doi.org/10.5944/rif.2.2010.5575>
- Macleod, M. L. P., Mccaffrey, G., Wilson, E., Zimmer, L. V, Snadden, D., Zimmer, P., Jónatansdóttir, S., Fyfe, T. M., Koopmans, E., Ulrich, C., & Graham, I. D. (2023). Exploring the intersection of hermeneutics and implementation : a scoping review. *Systematic Reviews*, 12(30), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02176-7>
- Marcum, J. A. (2008). *Humanizing Modern Medicine. An Introductory Philosophy of Medicine*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6797-6>
- Ortega y Gasset, J. (1939). Ensimismamiento y alteración. En *Obras completas, tomo V* (pp. 527-605). Taurus.
- Ortega y Gasset, J. (2004). *Vitalidad, alma, espíritu. Obras Completas, 2, 1916*. Taurus.
- Ortega y Gasset, J. (2010). *El hombre y la gente. En Obras completas, tomo X*. Taurus.
- Peat, G., Rodriguez, A., & Smith, J. (2019). Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evid Based Nurs*, 22(1), 7-9. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103017>
- Pelegrina Cetran, H. (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*. Polifemo.
- Real Academia Española (2023). Atopadizo. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Consultado 14 de abril de 2024].
- Reiss, J., & Ankeny, R. A. (2016). Philosophy of Medicine. En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2016 Edition).
- Ricco Medeiros, L. (2018). Filosofía clínica y filosofía aplicada: un diálogo potencial y actual. *HASER. Revista Internacional de Filosofía Aplicada*, 9, 67-96. <https://revistascientificas.us.es/index.php/HASER/article/view/15063>
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Rivera de Rosales, J. (1998). ¿Es la idea de mente el prncio sistematizador de la critica de la razon pura? *Investigaciones fenomenológicas: Anuario de la Sociedad Española de Fenomenología*, 2, 133-172. <https://doi.org/10.5944/rif.2.1998.5401>
- Rof Carballo, J. (1999). *Patología psicósomática*. Asociación Gallega de Psiquiatría.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. Tecnos.

- San Martín, J., & Domingo Moratalla, T. (2010). *Las dimensiones de la vida humana*. Ortega, Zubiri, Marías y Lain Entralgo. Biblioteca Nueva.
- Serrano de Haro, A. (2019). *Introducción a la fenomenología del dolor: la experiencia del dolor físico desde el punto de vista filosófico*. *Revista d'Humanitats*, 3, 30-42. <http://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/1310>
- Smythe, E., Spence, D., Rm, R., & Lecturer, S. (2020). Heideggerian phenomenological hermeneutics: Working with the data. *Nursing Philosophy*, 21(May), 1-9. <https://doi.org/10.1111/nup.12308>
- Stanghellini, Giovanni Broome, M., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., Raballo, A., & Rosfort, R. (2019). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001>
- Stanghellini, G. (2017). *Lost in dialogue. Anthropology, psychopathology, and care*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198792062.001.0001>
- Stanghellini, G. (2019). The PHD Method for Psychotherapy Integrating Phenomenology, Hermeneutics, and Psychodynamics. *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000500272>
- Stanghellini, G., & Fuchs, T. (2013). *One century of Karl Jaspers Psychopathology*. Oxford University Press.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. En S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (Número September, pp. 629-649). John Wiley & Sons. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=846297](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=846297)
- Szasz, T. S. (1994). *El mito de la enfermedad mental: Bases para una teoría de la conducta personal*. Amorrortu.
- Vargas-Aragón, M. L. (2023). *La concordia terapéutica como meta-racionalidad en medicina*. *Revista de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España*, número esp, 20-23. <https://solofici.org/wp-content/uploads/2023/03/Revista-de-la-Sociedad-de-Logica-Metodologia-y-Filosofia-de-la-Ciencia-en-Espana-Especial-V-Conferencia-de-Graduados-febrero-2023.pdf>
- Vargas Aragón, M. L., & Ortega Ladrón de Cegama, E. (2023). Depresalgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 30(3), 151-154. <https://doi.org/10.20986/resed.2023.4065/2023>
- Vargas, M. L. (2012). Ni medicalización ni apatognosia: concordia terapéutica. *A tu salud*, 77(Marzo), 3-6.
- Vargas, M. L. (2020). *Adicción y dolor crónico: ¿cómo prevenir su estigmatización terapéutica?* *Revista Española de Drogodependencias*, 45(2), 5-12. https://www.aesed.com/upload/files/v45n2_0-editorial.pdf

- Vargas, M. L. (2023). El dolor: un problema complejo de salud. *Revista Sobre ruedas*, 113, 31-35. https://siidon.guttmann.com/files/sr_113_siidon_vargas_5.pdf
- Wardrope, A., & Reuber, M. (2022). The hermeneutics of symptoms. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(3), 395-412. <https://doi.org/10.1007/s11019-022-10086-z>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.