

# Estudios de Filosofía

ISSN 0121-3628 | ISSN-e: 2256-358X

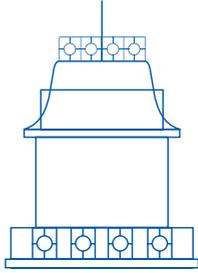
Julio-diciembre de 2024

N.º 70



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Instituto de Filosofía



# Estudios de Filosofía

ISSN 0121-3628 | ISSN-e: 2256-358X

Julio-diciembre de 2024

## CONTENIDO

- Presentación
- 5-12    Introducción: *Disease, illness, sickness*, perspectivas filosóficas sobre la enfermedad  
*Agata J. Bąk, Andrés F. Contreras*
- Artículos de investigación
- 13-34    Dolor y Sedimentación  
*Saulius Geniusas*
- 35-59    Ontología procesual de la enfermedad e identidad personal  
*Mariana Córdoba, Fiorela Alassia, Gonzalo Pérez Marc*
- 60-76    Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad:  
un enfoque fenomenológico  
*Xavier Escribano*
- 77-99    Metaphors Matter: Unraveling Three Essential Propositions  
*Diego Meza Gavilanes*
- 100-114    Commentary on “The Epistemic Harms of Empathy  
in Phenomenological Psychopathology” by Lucienne Spencer  
and Matthew Broome  
*Leonor Irarrázaval*
- 115-136    Del autopercatamiento corporal a la experiencia de alteridad  
en el cuerpo: el caso de la somatoparafrenia  
*María Clara Garavito Gómez*
- 137-159    Desconexión de sí y distancia  
*Luis Fernando Cardona Suárez*
- 160-179    Neonatal pediatric suffering: limits of the phenomenology  
of suffering?  
*Róbson Ramos dos Reis*

## CONTENIDO

- 180-200 : Richir y el origen trascendental de la experiencia  
disociativa (*Spaltung*)  
: *Bryan Francisco Zúñiga Iturra*
- 201-224 : La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico  
para la depresalgia  
: *Martín L. Vargas-Aragón*
- : *Reseña*
- 225-230 : Reis, R. (2022). *Câncer Infantil, Sofrimento e Transformação. Um ensaio fenomenológico*. Via Verita  
: *Alejandro Rafael Laregina*
- 231-237 : Aliseda, A., Calderón, C. M. y Villanueva, M (2022) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*.  
Universidad Nacional Autónoma de México,  
Instituto de Investigaciones Filosóficas  
: *Alberto Guzmán Janeiro*
- 238-239 : *Nota a los autores*
- 240-243 : *Código de ética de publicación*
- 244-247 : *Ethics guidelines*

# Revista *Estudios de Filosofía*

*Estudios de Filosofía* es la revista editada por el Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Desde su fundación en 1990, esta revista se ha concebido como medio especializado para el fomento y la difusión de trabajos de investigación en todos los campos de la filosofía, tanto de investigadores colombianos como de miembros de la comunidad filosófica internacional. Es una publicación impresa y electrónica de acceso abierto, su frecuencia es semestral y está regida por el sistema de doble arbitraje anónimo para la evaluación de los artículos.

## Objetivos

La revista *Estudios de Filosofía* busca servir de instrumento de comunicación de los resultados parciales o finales de trabajos de investigación. Ser instrumento de divulgación de estudios de filosofía, tanto sobre problemas concernientes a la historia de la filosofía como a las discusiones contemporáneas en torno a problemas relativos a todos los campos de la investigación filosófica. Fomentar la difusión de los estudios de filosofía en la forma de producción original, comentarios, réplicas, reseñas o traducciones, promoviendo el intercambio de ideas y opiniones, y la discusión entre los autores colaboradores.

## Información editorial

Los autores interesados en la publicación de sus trabajos en *Estudios de Filosofía* pueden consultar la sección nota a los autores en esta misma revista, visitar la página web [https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios\\_de\\_filosofia](https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia), o escribir a la dirección electrónica: [revistafilosofia@udea.edu.co](mailto:revistafilosofia@udea.edu.co)

Los artículos de esta revista aparecen registrados en los siguientes índices:

**Publindex** - Índice Nacional de Publicaciones Científicas, Colciencias, Colombia  
**SciELO** - Citation Index

**Latindex.** Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal

**Philosopher's Index.** Philosophy Documentation Center, Estados Unidos

**Ulrich's Periodicals Directory,** Estados Unidos  
**Dialnet,** España

**EBSCO** - Fuente Académica Premier

**REDALYC** - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

**ERIH PLUS** - European Reference Index for the Humanities and Social Sciences

**IBZ** - Internationale Bibliographie der Geistes

**DOAJ** - Directory of Open Access Journals

**REDIB** - Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

**J-Gate**

**V-lex**

**SCOPUS**

© Instituto de Filosofía  
Universidad de Antioquia

Versión impresa ISSN: 0121-3638

Versión en línea ISSN-e: 2256-358X

Diseño de cubierta: Carolina Velásquez

Diagramación: Erledy Arana Grajales

Imprenta. Universidad de Antioquia

Revista *Estudios de Filosofía*. Instituto de Filosofía. Universidad de Antioquia

Apartado 1226. Medellín. Colombia

Teléfono: 57 (4) 2195680

[https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios\\_de\\_filosofia](https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia)

Dirección electrónica: [revistafilosofia@udea.edu.co](mailto:revistafilosofia@udea.edu.co)



OPEN  ACCESS

# Estudios de Filosofía

ISSN 0121-3628 | ISSN-e: 2256-358X | Julio-diciembre de 2024

## Fundador:

**Mg. Jairo Alarcón Arteaga†**  
Instituto de Filosofía, Universidad de Antioquia

## Directora:

**Dra. Liliana Carolina Sánchez Castro**  
Instituto de Filosofía, Universidad de Antioquia

## Editor general:

**Dr. Sergio Hernán Orozco Echeverri**  
Instituto de Filosofía, Universidad de Antioquia

## Editores invitados:

**Dra. Agata Joanna Bąk**  
Facultad de Filosofía, Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

**Dr. Andrés Francisco Contreras Sánchez**  
Instituto de Filosofía, Universidad de Antioquia

## Comité editorial:

**Dr. Pilar Calveiro**  
Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de México, México

**Dr. Santiago Echeverri**  
Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México, México

**Dr. Rainer Forst**  
Instituto de Filosofía, Universidad de Frankfurt, Alemania

**Dra. Hua-kuei Ho**  
Departamento de Filosofía, Chinese Culture University, Taiwan

**Dra. Andrea Lozano Vásquez**  
Facultad de Artes y Humanidades, Universidad de los Andes, Colombia

**Dr. Vicente Raga Rosaleny**  
Departamento de Filosofía, Univer. de Valencia, España

**Dra. Sarah Robins**  
Departamento de filosofía, University of Kansas

**Dr. José María Zamora**  
Departamento de Filosofía, Universidad Autónoma de Madrid, España

## Comité científico:

**Dr. Doug Anderson**  
Southern Illinois University (R), Estados Unidos

**Dr. Felipe De Brigard**  
Duke University, Estados Unidos

**Dr. Francisco Cortés Rodas**  
Instituto de Filosofía, Univer. de Antioquia, Colombia

**Dr. Antonio Diéguez**  
Departamento de Filosofía, Univer. de Málaga, España

**Dr. Miguel Giusti**  
Centro de Estudios Filosóficos, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú

**Dr. José María González García**  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España

**Dr. Germán Guerrero Pino**  
Departamento de Filosofía, Facultad de Humanidades, Universidad del Valle, Colombia

## Dr. Axel Honneth

Instituto para la Investigación Social, Universidad de Frankfurt, Alemania

## Dra. Regina Kreide

Instituto de Ciencias Políticas, Universidad de Giessen, Alemania

## Dr. Kourken Michaelian

Centre de philosophie de la memoire, Université de Grenoble, Francia

**Dra. Ana María Mora Márquez**  
Universidad de Gotemburgo, Suecia

## Dr. Fabio Morales

Departamento de Filosofía, Universidad Simón Bolívar, Venezuela, República Bolivariana de Venezuela

## Dr. Gonzalo Serrano Escallón

Departamento de Filosofía, Universidad Nacional de Colombia, Colombia

## Dr. Plínio Junqueira Smith

Escuela de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas, Universidad de Sao Paulo, Brasil

## Dr. José Luis Villacañas

Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid, España

## Asistente editorial:

Juan Andrés Giraldo

## Corrección de estilo:

José Luis Luna  
Liliana Carolina Sánchez Castro  
Lenin Aníbal Pineda Canabal

## Corrección de estilo en inglés:

Kalyna Kuzyk  
Samuel Odutayo  
Sara Parchami Araghi

## Traducción y revisión de texto en inglés:

Sergio H. Orozco Echeverri

## Diagramación:

Erledy Arana Grajales. Imprenta. Univer. de Antioquia

## Título:

Estudios de Filosofía

**Periodicidad:** dos números al año (enero-junio; julio-diciembre)

**Tamaño:** 16.4 cms. X 23.4 cms.

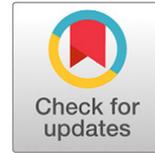
## Correspondencia:

Revista *Estudios de Filosofía*  
Instituto de Filosofía, Universidad de Antioquia  
Apartado 1226. Medellín Colombia  
Teléfono: 57 (4) 2195680  
Dirección electrónica: [revistafilosofia@udea.edu.co](mailto:revistafilosofia@udea.edu.co)  
[https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios\\_de\\_filosofia](https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia)

**Esta revista cuenta con el aporte del Fondo de apoyo para la publicación de las revistas indexadas y del Fondo de apoyo para la publicación de especializadas de la Universidad de Antioquia**



PRESENTACIÓN



# Introducción: *Disease, illness, sickness*, perspectivas filosóficas sobre la enfermedad

*Agata J. Bąk*

Editora Invitada

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España  
[agatabak@fsf.uned.es](mailto:agatabak@fsf.uned.es)

*Andrés F. Contreras*

Editor Invitado

Universidad de Antioquia, Colombia  
[andres.contreras@udea.edu.co](mailto:andres.contreras@udea.edu.co)  
<https://doi.org/10.17533/udea.ef.357130>

En calidad de editores invitados a la revista *Estudios de Filosofía* nos complace presentar a la comunidad académica el volumen número 70 dedicado al tema “*Disease, Illness, Sickness*: perspectivas filosóficas sobre la enfermedad”. Este número especial reúne trabajos de investigadores de diversos países, desarrollados bajo diferentes perspectivas teóricas acerca de la enfermedad, tanto somática como mental. Antes de presentarlos, quisiéramos destacar brevemente dos cuestiones: la relevancia de un tema como este para la filosofía y el carácter problemático y multidimensional de la enfermedad.

## 1. Sobre el significado de la enfermedad para la filosofía

Más allá de lo que podría pensarse, la aproximación filosófica al tema de la enfermedad tiene una larga tradición. Las propias reflexiones acerca de lo que constituye una “vida buena” contemplan necesariamente la *vulnerabilidad* de la

OPEN  ACCESS



existencia y la posibilidad de que esta se vea truncada por la enfermedad que, en último término, puede concebirse como consustancial a la propia humanidad. Como sugiere Aurenque (2022), varias tradiciones antropológico-filosóficas que encuentran en Nietzsche una fuente de inspiración definen a los seres humanos en términos de una *carencia radical*, característica que los convierte en “animales enfermos” que emplean la técnica, el arte y los desarrollos del espíritu para mantenerse con vida a pesar de su precariedad. Según esta concepción, el ser humano es una bestia extraña, un fenómeno anormal y débil de la naturaleza, a quien le han sido arrebatadas las virtudes propias del reino animal y que tuvo que suplir sus carencias con el desarrollo de otras destrezas, instancias sanadoras de su *enfermedad existencial*. Como dice Aurenque, somos “«enfermos» por naturaleza, pero llamados a «sanarnos» mediante la cultura, las artes, la técnica y, no menos importante, por medio de la razón” (2022, p. 121).

Más allá de este reconocimiento *general* de la enfermedad como elemento crucial para la comprensión de la condición humana, es importante destacar, igualmente, el interés de la propia filosofía por el estudio de patologías *concretas*, así como por la comprensión del sentido mismo de la salud y de la enfermedad. Pero no se trata solamente de que la filosofía pueda, como en efecto lo hace, aportar elementos centrales para la comprensión de diversas patologías, de la medicina como ciencia, de la práctica médica, de la bioética o de la relación de los pacientes con los profesionales de la salud, entre muchos otros asuntos posibles. Como lo ha señalado con acierto Carel, la filosofía puede, ciertamente, iluminar la enfermedad, pero también, *la enfermedad puede iluminar a la filosofía* (2016, p. 204s).

En primer lugar, hay un sinnúmero de temas centrales en la tradición filosófica, como el sentido de la vida, la muerte, la libertad, el carácter social del ser humano, la ética, el lenguaje, la comunicación, la historia, la ciencia, la técnica, el medio ambiente, entre muchos otros, que se comprenden mejor y de un modo más amplio cuando se los considera a la luz del problema de la enfermedad. En segundo lugar, el estudio de diversas enfermedades aporta a la filosofía el material necesario para reflexionar acerca del ser humano como tal. Así, por ejemplo, al analizar el modo en el que la enfermedad altera y transforma la vida, la filosofía se hace capaz de identificar elementos estructurales de la mente, el cuerpo, la acción, la percepción o el conocimiento en general. Finalmente, más allá de lo anterior, la propia enfermedad parece estar vinculada con el propio ejercicio de la filosofía. Al respecto, en el libro que Laregina reseña para este volumen (2024), Ramos-dos-Reis escribe: “las instancias patológicas, al promover de modo impositivo una disrupción que obliga a arreglos prácticos y distanciamiento temático y reflexivo, tienen un papel epistémico productivo” (2022, p. 21). De acuerdo con lo anterior, la transformación que sucede en la enfermedad suscita la pausa y la reflexión, hasta tal punto que esta puede ser vista, incluso, como una “invitación a la filosofía” (Carel 2016, pp. 207 y 223).

## 2. El carácter problemático y multidimensional de la enfermedad

Como lo sugiere ya el título de este *dossier*, la misma forma de nombrar y de concebir la enfermedad resulta problemática en muchos sentidos. *Disease*, *illness* y *sickness* son tres términos en la lengua inglesa que se traducen al español como “enfermedad” y que han ido adquiriendo en el ámbito de las humanidades médicas un sentido técnico específico (Aho & Aho, 2008) que se ha querido destacar aquí. En el mundo hispanohablante existen ya propuestas acerca de cómo traducirlas, como la que se presenta en el artículo de Vargas-Aragón (2024) que hace parte de este volumen. Repasemos brevemente el sentido de estas expresiones y algunos de los problemas que éstas conllevan.

Desde la perspectiva de *disease*, la condición patológica es considerada en un sentido biomédico o naturalista que busca identificar hechos anómalos de la configuración orgánica y fisiológica del organismo. Ahora bien, esta aproximación, si bien conforma nuestra visión biomédica de la enfermedad, no está exenta de dificultades. Por ejemplo: ¿qué es lo que constituye una patología frente a mutaciones que, sin ser “normales”, no se consideran patológicas? ¿Qué se considera “normal” desde el punto de vista médico? ¿Puede hablarse de enfermedad en los casos en los que el paciente no percibe ningún síntoma ni experimenta ningún cambio en su vida? ¿Debe jugar algún rol el *sufrimiento*, como experiencia subjetiva que es, en la definición de la enfermedad?

La enfermedad puede concebirse también como *illness* en el sentido de padecimiento subjetivo, con lo que se destaca ahora su dimensión experiencial y el sentido individual que esta tiene para los seres humanos. Por su propia concepción teórica y objetivos específicos, la tradición fenomenológica es la que más se ha ocupado de este aspecto (véase en este volumen: Escribano, 2024). Ahora bien, teniendo en cuenta que las patologías involucran numerosos procesos biológicos subpersonales, de los que no se ocupa la fenomenología, parece claro que no es posible caracterizar la enfermedad de una manera meramente subjetiva-experiencial y, sin embargo, tampoco parece que pueda prescindirse de esta perspectiva.

Finalmente, la enfermedad puede pensarse como una *sickness* o “condición de enfermo” concebida desde un punto de vista socialmente condicionado. Esta perspectiva pone de relieve factores sociales e históricos, externos a la medicina, que operan inconscientemente en la comprensión de lo patológico. ¿Es posible afirmar hoy en día que la comprensión de lo “normal” y lo “patológico” obedece meramente a una descripción objetiva y neutral de los hechos biológicos, en la que no interfieren valoraciones acerca de lo que parece “bueno”, “correcto”, “aceptable” o “adecuado” en un momento dado? Ciertamente, existen numerosos ejemplos en la historia de las ciencias de la salud en los que se muestra que condiciones que en otro tiempo han sido objeto del tratamiento médico –como la homosexualidad, por ejemplo– resultarían absurdas si se las considerase todavía de esta manera en el presente (Saborido, 2020, p. 105). La

valoración, también negativa y estigmatizante, está unida al concepto de la enfermedad de forma inexorable. Estas valoraciones nacen en el seno de una sociedad, se transmiten a través del discurso y se perpetúan culturalmente, pudiendo en ocasiones ser causas de exclusión y discriminación reales. Los estudios críticos acerca de la discapacidad y movimientos como los del “orgullo loco” o la neurodivergencia han puesto en cuestión la pretendida neutralidad científica y valorativa con la que se asignan las etiquetas de “trastorno”, “discapacidad” y “enfermedad”, entre muchas otras. Estas posturas, comenta Fernandez, “nos obligan a conceptualizar las condiciones, o formas de ser, en términos de diversidad o diferencia, más que como un trastorno” (2020, p. 21).

En relación con esta diversidad de enfoques frente al fenómeno de la enfermedad, cabe mencionar también la existencia de diferentes actores involucrados —pacientes, familiares y profesionales de la salud—. Unos *padecen* la enfermedad *en carne propia*; otros conocen, acompañan, apoyan y soportan a quienes la padecen en una relación cercana y empática *de segunda persona*; otros estudian, diagnostican y tratan la enfermedad de un modo que busca ser neutral y objetivo, asumiendo muchas veces, pero no de un modo exclusivo, una perspectiva *de tercera persona*. Estos no solamente tienen diferentes perspectivas, que se corresponden parcialmente con los enfoques antes mencionados (*disease, illness, sickness*), sino que se encuentran también en posesión de distintos *tipos de conocimiento*. ¿Qué clase de conocimientos posee cada uno de los actores involucrados según su forma de relacionarse con la enfermedad? ¿Qué rol juega la relación de segunda persona en la evaluación de la condición de salud de un paciente o en el ejercicio adecuado de la profesión médica como tal? ¿Qué rol juega la concepción social de la enfermedad (*sickness*) en la experiencia subjetiva de quien la padece (*illness*) y en la aproximación que busca ser desinteresada y neutral de quien practica la medicina (*disease*)? De todos ellos, ¿quién se encuentra en mejores condiciones para tomar decisiones según el tipo de conocimiento que posee? Estas preguntas cuestionan, en última instancia, el carácter y la finalidad misma de la medicina.

Aunque existen intentos teóricos de reducir o limitar el estudio de la enfermedad a alguno de los enfoques antes mencionados, la simple existencia de estas perspectivas (*disease, illness, sickness*) y el tipo de relacionamiento que adoptan los diferentes actores en ciertos momentos (primera, segunda o tercera persona) sugiere que se trata de *un fenómeno complejo y multidimensional*, cuyo estudio requiere de la participación de diversas disciplinas, múltiples enfoques teóricos y métodos diversos. Cuestiones de índole científica y teórica —en campos como la ontología, la epistemología o la teoría de la ciencia— involucran necesariamente cuestiones prácticas y sobre todo *éticas* que, junto con el saber propio de las profesiones médicas, exigen tomar en consideración los conocimientos de las diferentes “humanidades médicas”. Estas últimas se han ido convirtiendo en un ámbito de trabajo autónomo, con problemas y debates propios, que progresivamente deja de ser visto como un mero campo auxiliar de la medicina (Engebretsen et al., 2020).

### 3. Múltiples perspectivas sobre un tema en común

Sin pretender agotar el tema, el presente volumen quiere contribuir al desarrollo de las humanidades médicas, acogiendo trabajos originales de investigación desarrollados bajo perspectivas diversas y tradiciones de pensamiento diferentes, que fueron evaluados mediante el sistema doble par ciego por jurados internacionales conocedores del tema. Una breve descripción del argumento central de cada uno de ellos permitirá al lector hacerse una idea global del conjunto.

Abre el volumen un escrito original en español de Saulius Geniusas titulado “Dolor y sedimentación” (2024, pp. 13-34), que trata del carácter temporal e histórico de la experiencia del dolor y que viene a complementar la perspectiva ofrecida por él en su importante trabajo *The phenomenology of pain* (2020). La experiencia del dolor ha de ser comprendida a partir del juego que se da entre las “sedimentaciones implícitas” de la memoria corporal y sus anticipaciones.

Mariana Córdoba, Fiorela Alassia y Gonzalo Pérez-Marc presentan un trabajo titulado “Ontología procesual de la enfermedad e identidad personal” (2024, pp. 35-34), en el que se ocupan de situar los profundos cambios que se presentan en la identidad de la persona enferma bajo un enfoque procesual. A diferencia de las concepciones sustancialistas de la ontología, esta otra perspectiva considera los procesos mismos como entidades dinámicas y relacionales.

En el trabajo titulado “Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad: un enfoque fenomenológico” (2024, pp. 60-76), Xavier Escribano realiza una revisión exhaustiva y un balance filosófico de las investigaciones publicadas en los últimos cuarenta años en esta corriente de pensamiento. Frente a la perspectiva cartesiana y biomédica tradicional, que concibe el cuerpo como una máquina, la fenomenología ha puesto de manifiesto un nuevo paradigma en el que se destaca el aspecto experiencial del cuerpo vivido (*Leib*) y de la propia enfermedad (*illness*).

Diego Meza Gavilanes elabora un escrito titulado “Metaphors Matter: Unraveling Three Essential Propositions” (2024, pp. 77-99), en el que se lleva a cabo un estudio sobre el rol de las metáforas en la comprensión individual de la enfermedad, en la comunicación que se da en el ámbito clínico y en el modo como esta se concibe en el contexto social, cultural y político. El reconocimiento de la influencia de la metáfora en la comunicación médica y en la comprensión de la enfermedad, la revisión crítica del uso que se hace de esta en el contexto biomédico, y la defensa de la justicia social y de las prácticas éticas en el área de la salud permitirían mitigar los riesgos inherentes al empleo inevitable de las metáforas en el campo de la medicina.

Leonor Irrarázaval, por su parte, en el escrito titulado “Commentary on «The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology» by Lucienne Spencer and Matthew Broome” (2024, pp. 100-114) desarrolla un análisis crítico detallado de las diversas imprecisiones conceptuales y malentendidos que se presentan

en la interpretación realizada allí del pensamiento de Karl Jaspers. La “comprensión empática” constituye un concepto central en la obra de este autor, necesario para desarrollar una psicopatología orientada fenomenológicamente.

En el trabajo titulado “Del autopercatamiento corporal a la experiencia de alteridad en el cuerpo: el caso de la somatoparafenía” (2024, pp. 115-136), María Clara Garavito se propone situar el problema de la percepción de una parte del propio cuerpo como ajena (somatoparafenía) en el marco del debate sobre las relaciones intercorporales y la captación de la alteridad. Esta no consiste solamente en una pérdida del “sentido de propiedad” que afecta el “esquema corporal” de la persona, sino que involucra también la captación del miembro *como ajeno*, es decir, como perteneciente a un otro concreto, con su propio estilo corporal y vida intencional.

Luis Fernando Cardona Suárez publica en este volumen un artículo titulado “Desconexión de sí y distancia” (2024, pp. 137-159), en el que se interpreta la enfermedad de Alzheimer a la luz del concepto de “nuevos heridos”, propuesto por Catherine Malabou, y la noción de “*actio per distans*” empleada por Blumemberg en su antropología. Frente a la destrucción de la identidad que se presenta en esta enfermedad, se propone *el acompañamiento corporal y la caricia* como formas específicas de consuelo no conceptual, que consiguen brindar a la persona enferma cierta distancia y sosiego ante su propia desintegración.

En el artículo titulado “Neonatal pediatric suffering: limits of the phenomenology of suffering?” (2024, pp. 160-179), Róbson Ramos-dos-Reis se propone mostrar los problemas metodológicos que supone la conceptualización del sufrimiento en neonatos. Con esto en mente, analiza diferentes teorías del sufrimiento, destaca la necesidad de disponer de teorías objetivas para este caso específico y propone algunas orientaciones posibles para abordar el problema, pese a las dificultades metodológicas que le son inherentes, desde un enfoque fenomenológico basado en el concepto de “sentimientos existenciales” propuesto por Matthew Ratcliffe.

Bryan Francisco Zúñiga Iturra, en el trabajo titulado “Richir y el origen trascendental de la experiencia disociativa (*Spaltung*)” (2024, pp. 180-200), se propone exponer las líneas generales de la “fenomenología genética” del cuerpo propio en la primera infancia sugerida por este autor. El “esquema corporal” se constituye en la primera infancia, mediante la llamada “*phantasia perceptiva*”, en medio del relacionamiento intersubjetivo del proto-yo infantil con su madre.

Cierra la sección de artículos el trabajo de Martín L. Vargas-Aragón titulado “La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresalgia” (2024, p. 201-224), en el que el autor se propone mostrar que la *Phenomenological, Hermeneutic and Dynamic Psychotherapy* (PHD) constituye una forma de tratamiento iatrofilosófico, capaz de tratar la depresalgia desde la triple perspectiva *disease-illness-sickness*. Propuesta originalmente por Mario Bunge, la *iatrofilosofía* ha de ser concebida como un instrumento teórico y práctico que integra diversas perspectivas en filosofía de la medicina.

El número termina con las reseñas de dos libros publicados recientemente en esta área de trabajo: En primer lugar, la reseña elaborada por Alejandro Laregina del libro de Róbson Ramos-dos-Reis —autor de un artículo en este *dossier*— titulado “Câncer Infantil, Sofrimento e Transformação. Um ensaio fenomenológico” (2022). En segundo lugar, la reseña elaborada por Alberto Guzmán-Janeiro del libro colectivo titulado “Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México” (Aliseda, A., Calderón, C., y Villanueva, M., 2022).

Consideramos que los trabajos presentados aquí enriquecen la comprensión de los asuntos que tratan y constituyen aportaciones significativas al campo de trabajo de las humanidades médicas, que se suman al esfuerzo que varios colegas venimos desarrollando en la recientemente creada *Rede Internacional de Pesquisa em Fenomenologia Naturalizada, Hermenêutica e Teorias da Enfermidade*.

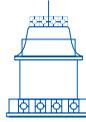
## Agradecimientos

Queremos agradecer a la revista *Estudios de Filosofía* por haber acogido esta propuesta; a su directora, la profesora Liliana Carolina Sánchez Castro, por su compromiso, apoyo constante y dedicación; a todas las personas del equipo editorial involucradas en este número cuyo trabajo hizo posible esta publicación; a los colegas que generosamente colaboraron con la revisión de los artículos; y a los diferentes autores que sometieron sus propuestas a evaluación como respuesta a la convocatoria realizada.

## Bibliografía

- Aho, J. A., & Aho, K. (2008). *Body matters: a phenomenology of sickness, disease, and illness*. Lanham, Maryland: Lexington Books.
- Aliseda, A., Calderón, C. M. y Villanueva, M. (2022) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas. URL: [https://www.filosoficas.unam.mx/docs/431/files/Filosofia\\_de\\_la%20medicina-comprimido.pdf](https://www.filosoficas.unam.mx/docs/431/files/Filosofia_de_la%20medicina-comprimido.pdf)
- Aurenque, D. (2022). *Animales enfermos. Filosofía como terapéutica*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Cardona Suarez, L. F. (2024) Desconexión de sí y distancia. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 137-159. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355588>
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Córdoba, M., Alasia, F., Pérez Marc, G. (2024). Ontología procesual de la enfermedad e identidad personal. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 35-59. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355799>

- Engelbrechtsen, E.; Fraas Henrichsen, G.; Ødemark, J. (2020). Towards a translational medical humanities: introducing the cultural crossings of care. *Medical Humanities*, 46(2). <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011751>
- Escribano, X. (2024). Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 60-76. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355095>
- Fernandez, A.V. (2020). From Phenomenological Psychopathology to Neurodiversity and Mad Pride: Reflections on Prejudice. *Puncta* 3 (2):19-22. Doi <https://doi.org/10.5399/PJCP.v3i2.3>
- Garavito Gómez, M. (2024) Del autopercatamiento corporal a la experiencia de alteridad en el cuerpo: el caso de la somatoparafenía. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 115-136. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355336>
- Genusas Saulius (2024). Dolor y sedimentación. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 13-34. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355952>
- Genusas, S. (2020). The phenomenology of pain. Ohio University Press.
- Guzmán Janeiro, A. (2024) Aliseda, A., Calderón, C. y Villanueva, M. (2022) Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 231-237. doi
- Irarrázaval, L. (2024). Commentary on “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology” by Lucienne Spencer and Matthew Broome. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 100-114. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355491>
- Laregina, A. (2024) Róbson Ramos dos Reis (2022). Child cancer, suffering and transformation. A phenomenological essay. Rio de Janeiro: Via Verita 2022, 176 p. *Estudios de filosofía*, 70, pp. 225-230. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355335>
- Meza, D. (2024). Metaphors Matter: Unraveling Three Essential Propositions. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 77-99. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355494>
- Ramos-dos-Reis, R. (2022). *Câncer infantil, sofrimento e transformação. Um ensaio fenomenológico*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Reis, R. (2024). Neonatal pediatric suffering: limits of the phenomenology of suffering? *Estudios de Filosofía*, 70, pp 160-179. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355671>
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la medicina*. Madrid: Editorial Tecnos.
- 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>



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Dolor y Sedimentación\*

*Saulius Geniusas*

Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, República Popular China  
E-mail: [geniusas@cuhk.edu.hk](mailto:geniusas@cuhk.edu.hk)

Recibido: 10 de enero 2024 | Aprobado: 20 de abril 2024

**Doi:** <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355952>

**Resumen:** Este artículo explora la noción del dolor en relación con su experiencia temporal. Se desafía la presunción de que el dolor es algo experimentado exclusivamente de forma consciente en el presente. Para llevar a cabo esta empresa, se parte de la noción de la sedimentación husserliana con el fin de dar cuenta de la relación entre la estructura temporal de la conciencia y el dolor. La exploración de las experiencias sedimentadas e implícitas se analiza primero fenomenológicamente, principalmente a partir de los *Manuscritos C*. Esto es en seguida aplicado a diferentes casos médicos, lo que pone de relieve la paradójica fuerza del pasado en la experiencia del dolor. En otras palabras, se argumenta que la anticipación del futuro también puede ser una experiencia dolorosa. La apreciación de estas situaciones aporéticas en la experiencia del dolor, analizadas a la par con dos tipos de conciencia, la explícita y la implícita, plantean la cuestión de si se puede vivir un “dolor inadvertido”, puramente implícito, en el presente. El fenómeno se explica con base en la distinción entre sedimentaciones primarias y secundarias que hace Merleau-Ponty: las primeras, aparentemente contradictorias, pueden no obstante interpretarse como conciencia en su modalidad de inatención. Al igual que las experiencias temáticas o co-atendidas, estas también pertenecen al arco de la intencionalidad. La idea de un dolor no-advertido hace aún más compleja la afirmación de que el dolor sea algo vivido exclusivamente de forma consciente en el presente.

**Palabras clave:** dolor, sedimentación, fenomenología, temporalidad, Husserl, fenomenología de la enfermedad

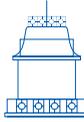
\* Este trabajo fue subvencionado por el Consejo de Investigación de Lituania (número de subvención SMIP-22-17).

## Cómo citar este artículo:

Geniusas Saulius (2024). Dolor y sedimentación. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 13-34 <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355952>

OPEN  ACCESS





## Pain and Sedimentation

**Abstract:** This article explores the notion of pain in relation to temporal experience. I engage in the question whether pain is necessarily a conscious experience. I begin by clarifying the Husserlian concept of sedimentation and I show how this concept helps us understand the temporal structures of pain experience. The exploration of sedimented, implicit experiences is first analyzed phenomenologically, drawing mainly on Husserl's *C Manuscripts*. It is then applied to different medical cases, highlighting the paradoxical force of the past in the experience of pain. I further show that, in another sense, anticipation also shapes painful experiences. The recognition of these aporetic situations in the experience of pain, analyzed along with two types of consciousness, explicit and implicit, raises the further question of whether it is possible to experience "unnoticed pain" in the present. This phenomenon can be explained based on Merleau-Ponty's distinction between original sedimentations and secondary sedimentations; these first ones, apparently contradictory, can nevertheless be interpreted as conscious in the modality of inattention. While both thematic and co-attended experiences belong to the arc of intentionality, unnoticed pain has a significantly more complex structure.

**Keywords:** pain, sedimentation, phenomenology, temporality, Husserl, phenomenology of pain

**Saulius Geniusas:** Profesor del Departamento de Filosofía de la Universidad China de Hong Kong, interesado en la filosofía europea postkantiana, la fenomenología y la hermenéutica. Su investigación se centra en cuestiones relacionadas con la afectividad, la imaginación y la autoconciencia. Su libro de 2020 titulado "The Phenomenology of Pain" ("La fenomenología del dolor") fue galardonado con dos premios internacionales: el Edward Ballard Prize "for an outstanding book in phenomenology" y el Hermes Award como "Libro del Año en Hermenéutica Fenomenológica". Ha publicado otros cuatro libros y numerosos artículos en diversas revistas de filosofía y antologías en inglés, francés, alemán, lituano, polaco y español.

**ORCID:** 0000-0002-6086-8309



Los conceptos de *disease*, *illness* y *sickness* tienen una importancia central en las humanidades médicas y en la fenomenología de la medicina. En estos campos de estudio, el concepto de *disease* se refiere a un proceso patológico, a una desviación de la norma biológica, y su naturaleza se determina siguiendo métodos biomédicos. Por el contrario, *illness* se refiere a la experiencia del paciente y, más precisamente, a la experiencia de la falta de salud. Por último, *sickness* se refiere al papel social de la enfermedad, es decir, al papel que desempeña la persona que es identificada como enferma en la sociedad. Mientras que *disease* es una categoría biológica, *illness* es una categoría experiencial, y *sickness*, una categoría social determinada ya sea sobre la base de una *disease*, ya sea sobre la base de la *illness*, o de ambas.

A pesar de que tenemos la distinción conceptual tripartita entre *disease*, *illness* y *sickness*, no hay una distinción conceptual equivalente cuando se trata de dolor. El dolor es solo eso, dolor. ¿Pero qué es exactamente? Abundan las ambigüedades. El dolor suele entenderse frecuentemente como el equivalente de una *disease*, un proceso patológico cuya naturaleza solo puede determinarse biomédicamente. Aunque esta opinión es dominante, no la considero convincente; de hecho, estoy bastante convencido de que es equivocada. Ahora bien, uno podría pensar que, así como hay una distinción entre *disease*, *illness* y *sickness*, debería haber también una distinción análoga cuando se trata del dolor, aunque aquí nos falten las palabras. Tampoco creo que esto sea correcto. Más bien, la opinión que sostengo es la siguiente: al igual que la enfermedad (*illness*), el dolor es una experiencia. Entonces, lo que la medicina estudia no es el dolor como tal; más bien, esta presupone que todos ya sabemos qué es el dolor, y lo que estudia son las causas que lo desencadenan y los mecanismos que pueden aliviarlo. El dolor es una experiencia, y si queremos comprender su naturaleza, lo que se necesita es un enfoque metodológico confiable para descubrir las estructuras y la naturaleza de esta experiencia. Por eso, a mi juicio, la fenomenología tiene tanta importancia cuando se trata del estudio del dolor, ya que, después de todo, esta es principalmente un método descriptivo que nos permite identificar las estructuras esenciales de la experiencia.

¿Qué significa entonces pensar el dolor como experiencia? En un estudio reciente, desarrollé la siguiente concepción del dolor: “*el dolor es un sentimiento corporal aversivo con una cualidad experiencial distintiva, que solo puede darse en una experiencia original de primera mano, ya sea como un sentimiento-sensación o como una emoción*” (Geniusas 2020, p. 8, cursiva en el original). En lo que sigue, mi pregunta orientativa será la siguiente: Basándose en los recursos fenomenológicos, ¿qué se puede decir sobre las estructuras temporales del dolor cuando este se concibe de la manera antes mencionada? Asumir que el dolor solo puede darse en una “experiencia original de primera mano” es sugerir que este solo puede ser experimentado en el ahora, en el presente. Por supuesto, el dolor puede ser

recordado, fantaseado, o experimentado, pero en tales casos no se vivencia, sino que solo se lo representa.<sup>1</sup> Cuando se da en el presente, pero no en la experiencia de primera mano, es cuando nos enfrentamos al dolor del otro. En tales casos, el dolor tampoco se da originariamente, sino solamente representado. Esto es completamente indiscutible. Pero ¿significa esto que el dolor se vive en completa separación del pasado y el futuro? ¿Desempeñan la memoria o la anticipación algún papel constitutivo en la experiencia del dolor? ¿De qué tipo de memoria se trata? ¿De qué tipo de anticipación?

Dediqué un capítulo de mi libro *The Phenomenology of Pain* a analizar estas cuestiones (Geniusas, 2020). En todo caso, en ese análisis no hice uso del concepto fenomenológico de sedimentación, si bien hay muy buenas razones para sugerir que este concepto es de importancia central en el marco de las reflexiones fenomenológicas sobre las estructuras temporales de la experiencia del dolor. Además, no estoy familiarizado con ningún otro estudio fenomenológico que hubiera demostrado *explícitamente* que el dolor se vive en el contexto de una experiencia sedimentada. En el contexto actual, mi objetivo es llenar este vacío incorporando reflexiones sobre la sedimentación en la fenomenología del dolor. Permítanme comenzar aclarando el significado fenomenológico de este concepto.

## Los orígenes temporales de la sedimentación

La metáfora geológica de la sedimentación pertenece al grupo más amplio de términos (como depósitos, estratos, sustratos, etc.) que, junto con aquellos, Edmund Husserl tomó prestado de otros campos y transformó en un concepto fenomenológico.<sup>2</sup> En general, se podría distinguir entre tres conceptos diferentes de sedimentación en su fenomenología, que podríamos llamar estático, genético y generativo. Como concepto estático, la sedimentación es un componente eidético de la conciencia del tiempo. Como concepto genético, hace referencia a la formación de tipos, hábitos y temples

1 Cabe destacar la ambigüedad inherente a la lengua española, que distingue entre la “experiencia” de algo y la “vivencia” de algo. Este último vocablo es de amplio uso en la tradición fenomenológica, gracias a la influencia de Ortega y Gasset. Ambos términos pueden remitir a distintos sentidos en alemán: *Erfahrung* (“experiencia”) y *Erlebnis* (“vivencia”). No es el lugar de discutir los pormenores de esta distinción en la tradición fenomenológica. No obstante, sí se ha considerado pertinente hablar, por lo general, de la “experiencia” del dolor, ya que, precisamente, parte del argumento pone en cuestión la exclusividad del carácter presente y explícito del dolor, y explora la complejidad temporal y no necesariamente consciente de este fenómeno. Más abajo, planteo la idea de que el dolor se puede vivir (*erleben*) también en configuraciones temporales más complejas. Por eso, he optado por denominar este conglomerado vivencial “experiencia” y en este sentido se aplica a lo largo del artículo. Empleo el término “vivencia” en contextos en los que quiero destacar el carácter propio (el carácter de *Jemeinigkeit*) o “mío” de la experiencia. Huelga decir que esta problemática no se presenta de igual forma en otros idiomas, como el inglés. Agradezco a los revisores que destacaron este problema.

2 La concepción general de la sedimentación presentada en esta sección se desarrolla con mucho más detalle en mi reciente artículo: “The Origins of Sedimentation in Husserl’s Phenomenology” (Geniusas, 2024).

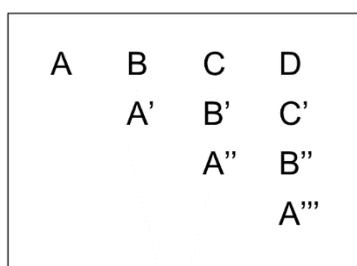
de ánimo. Como concepto generativo, la sedimentación se refiere a significados que no fueron constituidos en nuestro propio pasado personal, pero que hemos tomado de otros. En el contexto actual, las concepciones estáticas y genéticas de sedimentación son de una importancia central.

Según Husserl, cualquier experiencia que la conciencia experimente en el presente se da ante todo como impresión: “El «punto-fuente» que inaugura el «producirse» del objeto que dura es una impresión originaria” (Husserl, 2002, p. 51). Recordemos el análisis del tiempo que hace Agustín en el libro XI de sus *Confesiones*, donde cita el himno de su amigo Ambrosio: *Deus, creator omnium*. Este verso consta de ocho sílabas, alternando las sílabas breves y las sílabas largas. Agustín escribe:

Las cuatro breves —la primera, la tercera, la quinta y la séptima— duran un solo tiempo con respecto a las cuatro largas —la segunda, la cuarta, la sexta y la octava—. Cada una de las sílabas largas dura doble tiempo con respecto a cada una de las sílabas breves. Las pronuncio y las repito y compruebo que es así en cuanto me permite sentir las claramente el oído. Si tengo un oído fino, puedo medir la sílaba larga por la breve y advierto que la larga dura justamente el doble. Pero cuando se pronuncia una sílaba detrás de otra, si la primera es breve y la segunda es larga, ¿cómo podré detener la breve y cómo podré aplicarla a la medida de la larga para comprobar que la larga dura exactamente el doble, siendo así que la larga no empieza a sonar hasta que no termina de sonar la breve? Y la propia sílaba larga, ¿la mido como presente, siendo así que no puedo medirla más que cuando ha terminado? Su terminación es su tránsito hacia el pasado. Entonces, ¿qué es lo que mido? ¿Dónde está la sílaba breve con la cual mido? ¿Dónde está la larga que quiero medir? Ambas sonaron, desaparecieron, pasaron y ya no existen. (Agustín 2022, pp. 310-311 [*Confesiones*, XI, 27, 35]).

Cuando la segunda sílaba reemplaza a la primera, esta no se evapora de la conciencia; si lo hiciera, no escucharías la melodía, solo la sílaba actual (*stricto sensu*, ni siquiera la sílaba, ya que ella misma es dada en una corta o larga duración). Continúas siendo consciente de la primera sílaba a través de la retención. No es que recuerdes la primera sílaba. Más bien, la conciencia de la segunda —tu impresión actual— es tal que está coloreada por la conciencia previa de la primera sílaba: “El sonido-ahora muda a sonido-sido; la conciencia impresional, fluyendo sin cesar, pasa a conciencia retencional siempre nueva” (Husserl 2002, p. 52). Si la segunda sílaba hubiera sido precedida por una sílaba diferente, la segunda sílaba sonaría diferente. A través de la retención, *ahora* eres consciente de que la primera precede a la segunda. E, incluso, aunque la tercera sustituye a la segunda sílaba, sigues consciente de la primera, como una sílaba anterior a la segunda sílaba, que a su vez precedió a la tercera. De nuevo, si una sílaba diferente hubiera precedido la tercera, esta última sonaría diferente, y, de hecho, escucharías algo diferente de lo que escuchas.

Según Husserl, la estructura temporal de la experiencia es tal que cada impresión es reemplazada con otras impresiones, así como por retenciones de impresiones anteriores. Con cada nueva impresión, la conciencia sigue todavía consciente de las impresiones previas, así como consciente de haberla escuchado. Esto es lo que Husserl llama el entrelazamiento de la intencionalidad *transversal* (*Querintentionalität*) y *longitudinal* (*Längsintentionalität*) (Husserl, 2002, p. 101). Mientras que la intencionalidad transversal está dirigida al objeto (es decir, a la sílaba), la intencionalidad longitudinal es autorreferencial: se dirige al flujo temporal (es decir, a la escucha de la sílaba). Podemos representar la fusión de ambas formas de intencionalidad del siguiente modo:



**Imagen 1**

*Estructura impresional y retencional de la conciencia según Husserl.*<sup>3</sup>

La intencionalidad transversal se refiere a la línea horizontal: A, B, C, D. Una impresión reemplaza a otra impresión en el flujo temporal y cada una de estas impresiones está orientada a objetos. La intencionalidad longitudinal se refiere a líneas verticales: B A', C B' A'', D C' B'' A'''. Mientras escuchas una nueva impresión, retienes las impresiones anteriores. Permaneces consciente de una retención y de una retención de una retención, etc.

¿Se evapora alguna vez la conciencia autorreferencial de las impresiones anteriores? Esto es, ¿pierde la conciencia en algún momento la percatación (*awareness*) del hundimiento de cada impresión en el pasado retencional? La experiencia sugiere que la conciencia no retiene indefinidamente la percatación de todas las impresiones pasadas. En cierto punto, la impresión pierde toda la fuerza afectiva que es intencionada retencionalmente, se hunde en el olvido: la intencionalidad longitudinal alcanza el punto cero de intensidad. Así, volviendo al ejemplo de Agustín, después de cantar *Deus, creator omnium* durante diez minutos, ya no retienes la conciencia de la sílaba que habías cantado, digamos, hace siete

<sup>3</sup> Esquema simplificado frente a la versión original de Husserl (2002, p. 50).

minutos. Lo que escuchas cuando cantas ahora cierta sílaba ya no es coloreado por las sílabas que habías interpretado hace siete minutos. “Ya no retienes” significa: lo has olvidado. Las sílabas que habías cantado se han volatilizado del campo de la conciencia intuitiva; ya no están ahí en tu campo presente de la conciencia. Así pues, tenemos que distinguir entre las impresiones pasadas que la conciencia retiene y aquellas impresiones que se escapan del campo presente de la conciencia. Las primeras son aquellas impresiones que, en términos de Husserl, la conciencia retiene a través de la *memoria primaria* (retención); las últimas son aquellas impresiones que escapan de la aprehensión de la memoria primaria. Sería apropiado denominar *olvido* a este modo de escaparse de la aprehensión de la conciencia.

Curiosamente la conciencia puede recordar no solamente lo que retiene, sino también lo que ha olvidado. Si alguien te pregunta qué has estado haciendo durante los últimos siete minutos, no sería nada difícil decir que has estado cantando *Deus, creator omnium*. ¿Cómo es esto posible? Si el contenido pasado de la conciencia no estuviera ya en la conciencia en ningún sentido, ¿cómo podría esta reactivar dicho contenido en la memoria? Con esta pregunta nos topamos con las *sedimentaciones*. Husserl argumenta que incluso cuando la impresión pasada ya no está retenida, no desaparece de la conciencia. Cuando recuerdo episodios de mi pasado lejano, atravieso la esfera del olvido y despierto lo que había olvidado. La memoria alcanza más allá de la esfera de las retenciones vivas, entra en la zona del cero retencional y devuelve a la vida lo que había sido olvidado. Esto sugiere que lo que se ha hundido hasta el nivel de un cero retencional no ha escapado de la sujeción de la conciencia. Sigue estando ahí, en la conciencia. Este siendo ahí, en el modo del olvido, es lo que Husserl denomina *Sedimentierung* (cf. [Geniusas 2024](#)). Cada vez que una impresión pierde todo el poder afectivo, cada vez que ya no es aprehendida a través de la memoria primaria (por ejemplo, la retención), esta sedimentada en la conciencia.

El destino ineludible de todas las impresiones es que sean absorbidas, tarde o temprano, por la esfera oscura de la sedimentación. Así como todas las impresiones pasan necesariamente a la esfera de las retenciones, también todas las retenciones pasan a la esfera de lo sedimentado. No sólo las retenciones, sino también las sedimentaciones, son modificaciones intencionales necesarias de la conciencia impresional. Tal como las impresiones, las retenciones y las protenciones, las sedimentaciones también son componentes eidéticos de la corriente temporal de la conciencia. Así como todas las impresiones están necesariamente retenidas, del mismo modo, todas las retenciones están necesariamente sedimentadas. Pero ¿dónde están sedimentadas?

La respuesta de Husserl a las preguntas aquí planteadas es la siguiente: las sedimentaciones se hallan en el inconsciente. En los escritos de Husserl, los conceptos de inconsciente y de sedimentación están, de hecho, estrechamente vinculados

entre sí.<sup>4</sup> Como señala J. N. Mohanty, “al hundirse en retenciones más lejanas del pasado, uno llega a la idea de sedimentaciones dentro del inconsciente. En definitiva, alcanzamos una nulidad de la retención, una completa desaparición de *Erlebnis*” (Mohanty 2011, p. 92).

Como se ve desde el punto de vista de la fenomenología husserliana, las sedimentaciones forman una condición necesaria de posibilidad, sin la cual ningún recuerdo episódico sería posible. Así, si uno pregunta cuál sería la evidencia *fenomenológica* que subyace a las reflexiones de Husserl sobre la sedimentación, uno puede señalar al recuerdo intuitivo. El hecho mismo de que podamos recordar lo que habíamos olvidado depende de ciertas condiciones trascendentales que Husserl articula bajo el título del concepto de sedimentación. Tal y como lo expresa Husserl en *Filosofía Primera*:

Pero detrás de este pasado inmediatamente retencional yace el dominio de los pasados sedimentados acabados, por así decirlo, que es igualmente consciente ahora, en un cierto sentido, como un horizonte abierto, al que se puede dirigir la mirada buscadora y despierta, el dominio de lo que puede volver a ser despertado en las recolecciones (Husserl 2019, p. 351).

En la fenomenología de Husserl, el concepto de sedimentación está ligado a los conceptos de redespertar y reactivación. Es crucial destacar que el recuerdo episódico es sólo un modo, y no el único posible, en el que los contenidos sedimentados pueden estar reactivados o redespertados. La memoria corporal, los flashbacks y las pesadillas son otras formas en que los contenidos sedimentados de la experiencia pueden reactivarse en el campo actual de la conciencia. Aquí resulta necesario hacer una serie de distinciones. Aparte de los recuerdos conscientes, debemos también reconocer la existencia de los recuerdos encarnados. Asimismo, junto con los recuerdos explícitos, debemos también reconocer la existencia de recuerdos implícitos. Más aún, además de entenderse como un recuerdo, la reactivación puede también tomar la forma de lo que Kant denomina “esquemmatización” y que Husserl reconceptualiza como tipificación. En este sentido, podemos caracterizar las sedimentaciones como esquematizaciones *formadas temporalmente*, que dan forma a los contornos de nuestra experiencia, conocimiento y entendimiento. Como lo expresa Lanei Rodemeyer, “una sedimentación de múltiples experiencias de objetos similares, todas las sillas —mantenidas en retención— me permite reconocer esto también como una silla” (Rodemeyer 2003, p. 144). O, como lo ha dicho Donn Welton, “las construcciones previamente activas llegan a sedimentarse y así forman parte de nuestra sensibilidad; nuestro sentido de las cosas cae también bajo su hechizo” (Welton, 2003, p. 144).

4 Aunque no es mi objetivo en el contexto presente explorar este asunto, permítanme señalar de paso que el vínculo que une las sedimentaciones al inconsciente caracteriza tanto la fenomenología de Husserl como la de Merleau-Ponty. Ver especialmente Merleau-Ponty (2010, p. 15), y también Merleau-Ponty (1968, p. 180). He explorado estos asuntos en Geniusas (2023).

Para nuestros propósitos es importante no desatender el hecho de que las sedimentaciones actúan en el dominio de las emociones y los afectos. Husserl nos brinda solamente indicaciones útiles sobre cómo analizar la naturaleza sedimentada de nuestras vidas afectivas. Por ejemplo, tal y como lo dice en un manuscrito publicado como texto complementario a *Ideas II*: “Ya para la afección (cuyo dominio es la esfera inmanente, en particular con lo que en ella se destaca) podrá decirse que como sedimento de la misma hay en el yo una habitualidad pasiva.” (Husserl 2005, p. 361) Pero ¿por qué es importante este concepto fenomenológico de sedimentación en el marco de las reflexiones fenomenológicas sobre la temporalidad del dolor? Permítanme empezar respondiendo esta cuestión abordando la relación entre memoria y dolor.

## Memoria y Dolor

Como ya he mencionado, el dolor es una experiencia de primera mano, lo que significa que puede vivirse solo en el presente. Sin embargo, es crucial reconocer que la manera en la que uno vive su propio dolor está fuertemente determinada por sus recuerdos.<sup>5</sup> Para reconocer que tal hecho es así, consideremos un ejemplo impactante ofrecido por el neurólogo suizo Édouard Claparède ya en 1911. El ejemplo se refiere a los efectos de la memoria implícita en la experiencia del dolor y se encuentra basado en el estudio de una paciente que sufría de amnesia (véase Claparède, 1911). La paciente nunca pudo recordar a su médico, a pesar de que solía verlo con regularidad. Un día, durante una reunión temprana, Claparède escondió un alfiler en su mano, con la cual estrechó la mano de la paciente. Por el dolor causado por este apretón, ella retiró su mano de inmediato. Poco después de la reunión, Claparède se volvió a presentar a la paciente, aunque, esta vez, ella se negó a estrechar su mano. Curiosamente, a pesar de tanta precaución, la paciente no pudo recordar conscientemente ni haber estrechado la mano del médico ni que le hubieran clavado el alfiler. El cuerpo de la paciente asoció la presencia del médico con el peligro, en ausencia de cualquier recuerdo consciente. La paciente sabía implícitamente lo que no conocía explícitamente.

Es un ejemplo llamativo que demuestra con contundencia cuán profundamente arraigados están en nuestra memoria los dolores que vivimos. Para aclarar lo que se juega aquí, necesitamos introducir una distinción entre memoria implícita y explícita. Si bien la memoria explícita podría calificarse como la memoria de la conciencia, la memoria implícita podría describirse como la memoria del cuerpo. Es más, mientras que la memoria explícita funciona como un tipo de objetivación, la memoria implícita opera a nuestras espaldas: marca cómo, en la ausencia de cualquier tipo de objetivación, la

5 He explorado los asuntos de las tres siguientes secciones en el capítulo IV de mi *Phenomenology of Pain* cuyos análisis retomo y amplío (Geniusas 2020, 97-119).

conciencia del pasado puede determinar, a pesar de todo, el presente. Dicho de otro modo, mientras que la memoria explícita ejemplifica cómo el presente llega al pasado, la memoria implícita ejemplifica cómo el pasado alcanza al presente.

Esta anécdota ilustra que la experiencia del dolor deja sus propias sedimentaciones, que se hunde en el inconsciente, y que continúa afectando las experiencias posteriores incluso en ausencia de cualquier recuerdo episódico explícito. Incluso cuando no recordamos temáticamente las experiencias pasadas, al menos algunas de ellas siguen ahí, en el campo de la conciencia. Como lo demuestra con especial contundencia la *Genealogía de la Moral* de Nietzsche, ninguna otra experiencia es tan edificante como el dolor: “«para que algo permanezca en la memoria se lo graba a fuego; sólo lo que no cesa de *doler* permanece en la memoria» —este es un axioma de la psicología más antigua (por desgracia, también la más prolongada) que ha existido sobre la tierra” (Nietzsche II.3, 1996, p. 69). Además, tal y como lo demuestran ampliamente las investigaciones realizadas sobre la memoria implícita, no es solo que el dolor forma nuestra memoria (“el dolor el más poderoso medio auxiliar de la mnemónica”, como apuntaba Nietzsche II.3 [1996, p.70]). Lo inverso también se sostiene: la Memoria forma nuestro dolor (ver Schacter, 1987). Por ejemplo, si se aplican estímulos dolorosos repetidamente a una parte del cuerpo de un ser humano, incluso un estímulo leve aplicado a la misma parte del cuerpo en el futuro será suficiente para provocar una reacción dolorosa (ver Fuchs, 2008, pp. 66-67). Así como nuestros dolores se viven a través del fondo sedimentado de la experiencia pasada, también contribuyen a la formación de este fondo que, a su vez, colorea nuestras experiencias posteriores. El dolor es una vivencia y se vive sobre el fondo sedimentado de la experiencia, lo que de hecho significa que nuestros dolores son altamente individualizados, hasta tal punto que nadie experimenta el dolor como los demás. Nuestros dolores están formados por nuestras propias historias personales, aunque, en gran parte, este hecho se nos escapa, especialmente cuando sentimos dolor. Así, por una parte, los dolores especialmente intensos y duraderos son experiencias profundamente despersonalizantes. Al aislarnos en el campo de la presencia y al cortar el vínculo que nos une a nuestro pasado y futuro, el dolor nos despoja de nuestras características personales. Sin embargo, en un sentido significativamente diferente, el dolor es una vivencia profundamente personal. Las características personales del dolor están constituidas por el fondo sedimentado de la experiencia, que permite el funcionamiento de la memoria implícita, y que a su vez continúa funcionando a pesar de los efectos despersonalizantes del dolor.

Con respecto a la memoria explícita, uno podría preguntarse: ¿cómo puedo saber que el contenido experiencial intencionado en la memoria es, en efecto, un momento de mi vida pasada? En los *Manuscritos C* (2006), Husserl distingue entre tres formas de recuerdos (*Erinnerungen*): habla de *Wiedererinnerung* (remembranza), *Miterinnerung* (co-remembranza) y *Vorerinnerung* (pre-remembranza). Con esto en mente, uno podría

preguntar: ¿cómo sé que el contenido de la conciencia que ahora experimento es un caso de *Wiedererinnerung*, y no de *Miterinnerung* o *Vorerinnerung*? La respuesta parece ser esta: sé esto porque reconozco que el contenido en cuestión es un momento que he vivido en el pasado. Como Husserl mantiene en el texto número 82 titulado “Mi Subjetividad, mi Ego” (“*Meine Subjektivität, mein Ich*” [2006, p. 362]), hay un sentido del carácter de lo mío de mi propia conciencia (*Meinigkeit des Bewusstseins meiner selbst*) que acompaña cada una de las experiencias. Sin este sentido del carácter de lo mío, un recuerdo no sería reconocido como tal. Aunque se aceptara esta aclaración, habría que preguntarse: ¿de dónde deriva este sentido del carácter de lo mío?

Aunque Husserl describe este proceso de retención como un “ocultamiento bajo el traslucir” (“*Verdeckung unter «Durchscheinen»*”) (Husserl 2006, p. 81) y como un proceso gradual de oscurecimiento (*Verdunkelung*), y a pesar de que argumente cada vez de nuevo que este proceso avanza hasta alcanzar el nivel de completo vaciamiento, oscuridad y sueño, necesitamos preguntar: ¿cuán vacío es este vaciamiento que separa el campo de la presencia del campo del pasado? ¿Cuán oscura es la oscuridad, y cuán profundo es este sueño del que nos despierta el recuerdo? Para plantear la misma pregunta de modo diferente: ¿cuán inconsciente es la inconsciencia de la que Husserl habla en los *Manuscritos C*? Creo que es importante el hecho de que, por regla general, Husserl sitúa este término, das “*Unbewußte*”, entre comillas.

En el texto número 43 que se centra en la finitud del ego primordial, Husserl pregunta: “¿Pero no puede el ego primordial «despertar» de este «sueño» algún día después de todo?” (“*Aber kann es nicht aus diesem «Schlaf» doch einmal «erwachen»?*”) [Husserl, 2006, p. 157]). Sabemos que el despertar de este sueño adquiere la forma de recuerdo. Sin embargo, consideremos lo que Husserl dice inmediatamente después: “Despertar significa que el ego tiene todavía las sedimentaciones de su memoria en el «inconsciente»” (“*Erwachen hieße, das Ich hat noch seine Erinnerungsniederschläge im «Unbewußten»*”) [Husserl 2006, p. 157]). Esto no es solo un apunte accidental. Husserl repite esto en el texto número 87 en donde mantiene que, si la modificación retencional condujera a una terminación real y a la desaparición de la sensación, no seríamos capaces de dar sentido alguno a la posibilidad del recuerdo (ver Husserl 2006, p. 376). También aborda el mismo asunto en el texto número 38. El contenido que uno ha vivido en el pasado puede ser redespertado en la conciencia presente solo en la medida en que la conciencia tiene todavía sedimentaciones de la memoria en el “inconsciente”. El concepto de sedimentaciones de la memoria (*Erinnerungsniederschläge*) que Husserl emplea aquí, sugiere que el despertar, concebido como recuerdo, depende ya de un acceso más originario al pasado y que esta dación más originaria del pasado no acarrea ningún elemento de la conciencia reproductiva. Lo que es dado en el campo de la presencia no es solo datos impresionales unificados sintéticamente ni solo datos retencionales unificados sintéticamente, sino también sedimentaciones de la memoria. Lo que identifico aquí como memoria implícita se refiere a aquellas sedimentaciones y a

este acceso más originario al pasado. El concepto de “sedimentaciones de la memoria” de Husserl sugiere que, aparte de tener una comprensión explícita del pasado, también llevamos con nosotros un sentido implícito en el que se da —y que constituye la base misma en la que subyace— el ser consciente del carácter de lo mío que acompaña todos los recuerdos explícitos.

## Anticipación y dolor

Centrándose en el tema de la ansiedad, en su notable estudio *The Challenge of Pain* (2008), Melzack y Wall han abordado el rol que la anticipación desempeña en la experiencia del dolor. Argumentan que la intensidad de la experiencia del dolor depende en gran medida de la atención dirigida por la persona a una experiencia potencialmente dolorosa: “La mera anticipación del dolor es suficiente para aumentar el nivel de ansiedad y, por tanto, la intensidad del dolor percibido” (Melzack y Wall 2008, p. 22). De manera similar, Harris E. Hill et al. (1952) han argumentado también que, si se disipa la ansiedad, cierto nivel de descarga eléctrica o de calor abrasador se perciben como significativamente menos dolorosos de lo que se perciben bajo condiciones de alta ansiedad (Hill et al. 1952, pp. 473-480). Consideremos también un síndrome del dolor que Nikola Grahek ha denominado recientemente como “hipersimbolia de amenaza” (ver Grahek, 2001). Los pacientes que padecen este síndrome experimentan un dolor insoportable cuando les toca una pluma o, incluso, cuando no les toca ningún objeto en absoluto. A veces, los estímulos visuales son suficientes como para provocar un dolor agónico. Abordemos el caso de un paciente que sufrió un dolor insoportable provocado exclusivamente por estímulos visuales. El paciente había perdido toda sensibilidad en la parte izquierda de su cuerpo: “Al ver que se acercaba el momento para realizar pruebas sensoriales sobre la parte izquierda de su cuerpo, el paciente hacía invariablemente un movimiento brusco de huida, en el mismo momento en que sintió un dolor abrasador” (ver Hoogenraad et al. 1994, p. 851). ¿Qué importancia tiene dicho síndrome para nuestra comprensión de la temporalidad del dolor crónico?

Grahek proporciona una explicación neurológica de este fenómeno, destacando el hecho de que el paciente había sufrido una lesión cerebral en el córtex parietal derecho, poblado de neuronas polimodales. Esta anécdota, sin embargo, es reveladora no sólo desde una perspectiva neurológica, sino también fenomenológica, ya que saca a la luz el rol significativo que desempeña la *anticipación* en la experiencia del dolor sin importar cómo sea la estructura cerebral de la persona. Es verdaderamente revelador que el paciente no pudiera sentir la sensación de dolor con sus ojos cerrados. El mero vistazo del objeto acercándose, esto es, la *anticipación del dolor que está por venir* es lo que provoca su dolor. Así, no solamente la memoria, sino también la anticipación puede provocar la experiencia del dolor.

Pero ¿qué es eso que permite que la anticipación funcione de este modo? La situación a la que nos enfrentamos aquí no es tan inusual como pudiera parecer. Recordemos el caso mencionado en la sección anterior: una aplicación repetida de estímulos nocivos a una parte del cuerpo dará como resultado la anticipación corporal del paciente de que estímulos similares darán lugar a respuestas afectivas similares en el futuro. Por tanto, se vuelve comprensible que incluso el tacto de una pluma sobre el área corporal que ha sido sometida a repetidas estimulaciones nocivas en el pasado pueda provocar una respuesta dolorosa, sin importar cómo pueda ser la estructura del cerebro del paciente. Es el fondo sedimentado de la experiencia el que infunde a la anticipación el poder de provocar una sensación de dolor como respuesta corporal a la causa anticipada del dolor.

Consideremos también un paciente que tenía una lesión metastásica en expansión en el fémur y no respondía al tratamiento: “Fue solo cuando le aseguraron que no le iban a amputar la pierna [...] que su dolor se volvió controlable” (Cassell, 2011, p. 381). Claramente, la seguridad puede tener tales efectos terapéuticos solo si la anticipación fue una fuente primordial de dolor en una primera instancia. Para proporcionar un ejemplo más, consideremos el caso de un paciente que asoció un dolor en su pecho con anginas de pecho (ver Cassell 2011, 379). Tal interpretación exacerbó significativamente la experiencia de dolor del paciente, quien a su vez anticipó que ese dolor era un signo de ataque cardíaco inminente. A su vez, esta interpretación cognitiva hizo que la experiencia de dolor de la persona fuera insufrible. Aquí nos enfrentamos con una comprensión multidimensional de que la anticipación desempeña un rol significativo en la determinación de la experiencia del dolor. De nuevo, es crucial no pasar por alto que la anticipación puede tener el poder de provocar una experiencia dolorosa precisamente porque emerge contra el trasfondo sedimentado de la experiencia, en este caso particular, contra el trasfondo sedimentado de la comprensión o conocimiento presunto.

Para determinar el rol de la anticipación con suma precisión, además de la distinción entre memoria implícita y explícita, también hay que distinguir entre anticipación explícita e implícita. Nos enfrentamos aquí con estructuras de la experiencia análogas. Mientras que la memoria implícita podría ser llamada como “memoria sin recuerdo consciente”, la anticipación implícita puede denominarse como “anticipación sin expectativa consciente”. El suceso angustioso que se anticipa en el futuro es transferido en el campo de la presencia y es vivido como dolor corporal. Ya sea que estemos tratando con casos altamente inusuales, como los ejemplificados por la hipersimbolia de amenaza, o con los casos más comunes descritos previamente, nos enfrentamos a los efectos de la anticipación implícita; una expectativa no consciente que es transferida desde el campo del futuro al campo de la presencia y es experimentada como dolor.

## Conciencia explícita e implícita del presente

En el estudio de E. A. Kaplan sobre el dolor y la hipnosis, nos encontramos con el siguiente relato de un estudiante universitario de veinte años que había sido “desarrollado” (*developed*) como sujeto hipnótico. Este paciente era extraordinariamente susceptible al tratamiento hipnótico, y durante la cuarta visita, había desarrollado la escritura automática: “Su mano derecha adquirió la habilidad de escribir cualquier cosa que quisiese, sin estar sujeto al control o a las restricciones de la personalidad «consciente»” (Kaplan 1960, p. 567). Se informó al paciente con antelación que le pincharían su brazo varias veces con una aguja hipodérmica y que le pedirían que reportara si sentía algo:

Se sugirió un analgésico para el brazo izquierdo, y al sujeto se le pinchó cuatro veces el brazo izquierdo, con suficiente fuerza como para penetrar la piel y los tejidos subcutáneos. Después de un minuto o dos, el sujeto preguntó al experimentador, “¿Cuándo vas a empezar?”, aparentemente sin haber sentido ningún dolor. Sin embargo, desde el momento que el pinchazo comenzó, la mano derecha del sujeto había comenzado a escribir: “¡Ay, maldita sea, me estás haciendo daño!” (Kaplan 1960, pp. 567-568).

¿Qué sentido deberíamos darle a este extraño caso en el que el paciente afirma y niega a la vez que está sufriendo? Una posible aclaración sugiere que una de aquellas aserciones no es sincera. Si seguimos esta línea de interpretación, se podría argumentar que el paciente sintió dolor, aunque el efecto de la hipnosis inhibió su capacidad de articular verbalmente este hecho. Presumiblemente, el paciente negaría estar adolorido, aunque no porque no sienta ningún dolor. Su negativa deriva de la capacidad inhibida de articular verbalmente sus sentimientos. El paciente no puede dejar de ser deshonesto en el nivel de articulación verbal.

Ante extraños casos como este, puede ser interpretativamente conveniente proclamar que una de las declaraciones contradictorias no es sincera. No obstante, una interpretación de este tipo exigiría responder la cuestión de si esta simplemente afirma que las declaraciones sinceras son incorregibles.

Se puede ofrecer una interpretación alternativa, que deseo presentar aquí con referencia a la distinción entre sentidos de presencia explícitos e implícitos. Tal interpretación iría de la siguiente forma: el paciente es implícitamente consciente de que siente dolor, aunque no lo sepa explícitamente. Esto se acerca a la manera en que Kaplan interpreta los efectos de hipnosis sobre el dolor: “La voz del sujeto parecía ser el órgano de comunicación para aquella parte de la personalidad (¿consciente?) que no parecía percibir el dolor; mientras que el brazo, mediante escritura automática, «hablaba» para la parte de la personalidad que sí percibía el

dolor” (Kaplan 1960, p. 568). Nos enfrentamos aquí a un caso en el que la persona es consciente implícitamente de algo que no integra en la conciencia explícita.

Aquí nos enfrentamos a un paciente que siente dolor, mientras que su conciencia explícita no reconoce la presencia de este sentimiento. Al menos en este caso, la hipnosis no libera al paciente del dolor, sino que solamente bloquea la capacidad de este para integrar sus sentimientos al nivel de las experiencias explícitas. Hacemos frente al conflicto entre sentido del presente explícito e implícito; un conflicto que demuestra que el dolor puede sentirse y solamente sentirse —¡y sentirse como insostenible!— sin volverse explícito o temático.

La extraña cuasi indiferencia hacia el dolor, característica de varios tipos de pacientes depresivos, puede también aclararse en términos de un conflicto entre una experiencia del presente implícita y explícita. Considerando el informe de Hall y Stride, que se basa en los experimentos que miden la intensidad del dolor mediante radiación térmica:

Un paciente... no reportó sentir dolor ni siquiera en la máxima intensidad; pero, cuando se le pidió que describiera la naturaleza de la sensación, dijo: “Bueno, era como si me pusieran un cigarrillo encendido contra la frente.” Este tipo de paciente describe frecuentemente la sensación como “ardiente” o “muy caliente” sin, no obstante, admitir en absoluto que esto era lo que ellos entendían por dolor (Hall y Stride 1954, p. 48).

Aquí también estamos ante la circunstancia en la que el paciente asiente y niega que padezca un dolor. Igual que en el caso anterior, lo que el paciente experimenta implícitamente no lo sabe explícitamente. Es el conflicto entre las experiencias de presencia implícitas y explícitas lo que hace que estos casos sean comprensibles.

¿Cuáles son las condiciones que deben cumplirse para ser capaz no solo de sentir dolor sino también de saber que uno tiene dolor? Esta capacidad básica descansa en la síntesis de las diferentes conciencias de la presencia. Para que la conciencia sepa explícitamente lo que siente, debe unificar sus modos implícitos y explícitos de captar la presencia.<sup>6</sup> Si bien los modos implícitos y explícitos de la conciencia de presencia a menudo se solapan, en algunos casos extraños, como los que aquí se abordan, nos enfrentamos a la ruptura de la congruencia que ha de unir aquellas dos formas de ser consciente entre sí. ¿Qué tan común son estas rupturas? La evidencia clínica sugiere

6 Uno podría preguntarse: ¿por qué esta distinción entre lo que uno vive implícitamente y aquello de lo que uno es consciente explícitamente está tan fuertemente ligada a la temporalidad? ¿No nos enfrentamos aquí a dos cuestiones significativamente diferentes? No lo creo, y por una razón muy básica: estamos hablando aquí de sentimientos y de conciencia de los sentimientos. No obstante, los sentimientos en cuanto tales solo pueden vivirse *en el presente*. Evidentemente, un sentimiento que pertenezca o bien al pasado o bien al futuro no es un sentimiento actual; se vuelve actual cuando es vivido, y solo puede ser vivido en el presente.

que son raras. Si se tiene razón al pensar que las experiencias del dolor por parte de los depresivos son ejemplos de tales rupturas, por el mismo motivo, se puede conjeturar que no es tan extraño que una brecha separe las conciencias de presencia explícitas e implícitas y, por tanto, puede que no sea extraño en absoluto sentir dolor, aunque no se tenga conocimiento explícito de ello.

## Sedimentaciones originarias

En las primeras partes de mi exposición, argumenté que los recuerdos y las anticipaciones implícitos son posibles gracias a la estructura sedimentada de la experiencia. Las memorias y las anticipaciones implícitas son sedimentaciones redespertadas. Las memorias implícitas redespertan a las sedimentaciones en el campo presente al “trasplantar” en el presente, por así decir, un contenido que fue dado en el pasado. Así, la paciente rechaza estrechar la mano del médico, porque traspone la experiencia pasada en el presente, a pesar de la ausencia de una conciencia explícita de que eso es lo que está haciendo. Las anticipaciones implícitas redespertan los contenidos sedimentados en el campo de la presencia al “trasplantar” en el presente lo que se anticipa del futuro. Así, en el caso de la hipersimbolia de amenaza, lo que se anticipa en el futuro se transfiere al campo de la presencia, a pesar de la falta de conciencia explícita de que eso es lo que uno está haciendo, y de que se vive a través de ese contenido anticipado en cuanto dolor.

Pero ¿qué ocurre con el dolor que se vivencia en el presente y que, sin embargo, permanece solo implícito? Recordemos el ejemplo mencionado previamente: “¿Cuándo vas a empezar?”, pregunta el paciente, mientras que al mismo tiempo escribe, “¡Ay, maldita sea, me estás haciendo daño!” ¿Cómo es esto posible? ¿Acaso se pueden explicar también estos dolores desapercibidos que se vivieron de forma presente en relación con las sedimentaciones? Esto no parece posible, pues los dolores inadvertidos nos son dados impresionalmente y retencionalmente, mientras que las sedimentaciones, como vimos, son modificaciones de las retenciones.

No obstante, no debemos descartar tan rápidamente la posibilidad de que las sedimentaciones posibiliten también los dolores inadvertidos. En la parte restante de mi argumentación, me gustaría sugerir que las sedimentaciones de una naturaleza diversa a las que había abordado en el inicio de mi discurso posibilitan las experiencias de este tipo. No todas las sedimentaciones son modificaciones de las retenciones. Hay también sedimentaciones no modificadas, aunque, a mi juicio, su posibilidad está tan solo implícitamente en la fenomenología de Husserl.

El concepto de sedimentación es tan importante para Merleau-Ponty como lo es para Husserl. En las conferencias sobre la pasividad, impartidas en el Collège de France en 1954-55, Merleau-Ponty introduce una distinción muy intrigante entre *sedimentaciones originarias* y *sedimentaciones secundarias*. La breve explicación de

Merleau-Ponty es la siguiente: “sedimentaciones originarias: campos; sedimentaciones secundarias: matrices simbólicas” (ver Merleau-Ponty, 2010, p. 160). No es mi propósito en el contexto actual interpretar lo que esta expresión paradójica, “sedimentaciones originarias”, pueda significar en los escritos de Merleau-Ponty. Mi objetivo es algo diferente: quiero mantener mi foco en la fenomenología husserliana, y en este marco deseo sugerir que, si bien la fenomenología husserliana del tiempo aclara la estructura de las sedimentaciones secundarias, la fenomenología husserliana de la atención nos proporciona nuevos recursos para abordar las sedimentaciones originarias, aunque Husserl mismo no use esa frase.

Sin duda, el concepto de “sedimentaciones originarias” es profundamente paradójico, hasta tal punto de que se podría querer llamarlo una *contradictio in adjecto*. Parece que las sedimentaciones no pueden ser originarias, sino que deben basarse en experiencias originales. Como vimos, la sedimentación es el resultado de un proceso temporal, que comienza con la dación de una impresión, que se hunde en la retención y, entonces, después de perder su poder afectivo al “viajar” bajo la cadena de las retenciones, finalmente se retira a la “noche de lo sedimentado” de la que, sin embargo, se puede recuperar en un acto de rememoración. ¿En qué sentido, entonces, hablamos de sedimentaciones originarias?

Es bastante revelador que, en el habla cotidiana, a veces llamemos olvidadizas a las personas que no prestan atención a lo que les rodea. Aunque no olvidan lo que habían conocido o experimentado, paradójicamente ellos son “originariamente olvidadizos”, es decir, olvidadizos de su alrededor. Los psicólogos sugieren que tal distracción y ausencia tiene al menos tres causas diferentes: a) bajo nivel de atención; b) hiperconcentración, es decir, atención exclusiva en un objeto particular; y c) distracción injustificada de los objetos en los que uno debe concentrarse por culpa de pensamientos irrelevantes. Todo esto parece sugerir que tal inatención es un rasgo ocasional y más bien inusual de la experiencia. Sin embargo, ¿no podría ser que tal olvido originario no sea sólo un rasgo accidental sino más bien uno necesario, es decir, eidético de la experiencia?

En *Ideas I* (2013), Husserl había introducido una distinción entre tres modos de atención: foco atencional, co-atención e inatención.<sup>7</sup> Sería un error pensar que la inatención sea como una modificación de la co-atención, de la misma manera que sería un error pensar que la co-atención fuera una modificación del foco atencional. Más bien, la estructura de la conciencia atencional es tal que, desde el inicio, el foco atencional solo puede darse dentro del horizonte de la co-atención y de la inatención. Como una modalidad de la atención, el foco atencional es tan original como la co-atención y la

7 En §92 de *Ideas I*, Husserl escribe: “El cambio consiste, decimos al destacar y comparar acervos noemáticos paralelos, MERAMENTE en que en uno de los casos comparados resulta «preferido» este momento objetivo, en el otro aquél, o en que uno y el mismo es en una ocasión «atendido primariamente», en otra es atendido sólo secundariamente, o sólo «todavía apenas coatendido», cuando no «totalmente inatendido», aunque siempre todavía aparente. Hay, precisamente, diversos modos especialmente inherentes a la atención como tal.” (Husserl 2013, 304).

inatención. En el contexto actual, querría identificar todo lo que se da en la conciencia en la modalidad de inatención como sedimentaciones originarias. Lo que se me da en la modalidad de inatención es dado como fondo sedimentado de la experiencia, sin el cual la conciencia no podría enfocarse intencionalmente sobre nada. Toda conciencia intencional es sedimentaria necesariamente desde el principio.

Durante las últimas horas, has estado leyendo un artículo sobre la estructura sedimentaria de la experiencia del dolor. Mientras tanto, tuviste muchas sensaciones visuales y táctiles. Solo ahora tomaste conciencia de tenerlas, cuando te preguntaste qué sensaciones has vivido en el transcurso de las últimas horas. Puedes recordar al menos algunas de ellas, lo que significa que estabas consciente de ellas; consciente, aunque ni explícita ni temáticamente. Como regla general, vivenciamos sensaciones visuales y táctiles sin ser explícitamente conscientes de vivirlas.

Es esta conciencia no explícita, o no temática, lo que caracteriza la modalidad de la experiencia que Husserl denomina *inatención*, y que desearía calificar aquí como sedimentaciones originarias. Tales sedimentaciones originarias comparten múltiples rasgos con aquellas sedimentaciones que abordé en la primera parte de mi discurso, y que ahora me gustaría llamar “sedimentaciones secundarias”. Tanto las sedimentaciones originarias como las secundarias son contenidos de la experiencia que solo pueden tematizarse mediante la reactivación o el redespertar. La diferencia entre ambas está en que desde el inicio las sedimentaciones originarias son dadas como sedimentadas; precisamente por eso pueden ser identificadas como originarias. Una persona que es olvidadiza de las cosas de su alrededor es alguien que se relaciona con el mundo que le rodea como un fondo sedimentado.

En uno de los notables estudios fenomenológicos del dolor, Agustín Serrano de Haro ha proporcionado una fuerte base fenomenológica para aclarar la estructura de los dolores percatados e inadvertidos (véase [Serrano de Haro, 2016](#)). Basándose en la distinción entre las modalidades de conciencia atencional previamente expuestas, Serrano de Haro sostiene que, en el nivel noemático, el enfoque atencional es correlativo con lo que se experimenta temáticamente, la co-atención es correlativa con la co-presencia, mientras que la inatención se correlaciona con el horizonte periférico. Para decirlo en los términos que estoy empleando ahora, esto significa que el horizonte periférico es el dominio de las sedimentaciones originarias. Según Serrano de Haro, al igual que otras experiencias, el dolor también puede vivirse en tres niveles diferentes. Esto efectivamente significa —nuevamente, dicho en los términos que estoy empleando ahora— que, en algunas ocasiones, el dolor se puede vivir en el horizonte periférico de la conciencia, puede darse en la forma de sedimentaciones originarias. Así es como Serrano de Haro describe las diferencias en cuestión:

Hay, por un lado, dolores físicos espantosos que ocupan el primer plano de la conciencia y monopolizan violentamente el centro de interés. Por otra parte,

otros sucesos dolorosos no dominan el foco atencional y aun así permiten cierta co-atención libre; finalmente, hay todavía otros dolores físicos que, debido a su debilidad, familiaridad o falta de relevancia, ni siquiera dominan el co-interés y pueden pasar de largo a la modalidad de la inatención, interfiriendo apenas con los intereses presentes (Serrano de Haro 2017, p. 168).

Por lo general, la distinción entre dolor focal, co-atendido e inatendido puede aclararse en términos de diferentes grados de intensidad. *Por lo general*, cuanto más intenso es el dolor, mayor es la probabilidad de que sea experimentado como dolor local; por el contrario, cuanto menos intenso sea, mayor será la probabilidad de que sea co-atendido o inatendido. No obstante, no deberíamos interpretar esto como si, necesariamente, la intensificación del dolor lo transformara en una experiencia vivida focalmente. La manera en que los pacientes hipnotizados y deprimidos viven el dolor nos proporciona la evidencia de que, en algunos casos al menos, incluso los dolores insoportables pueden permanecer desatendidos, a saber, inadvertidos. Sólo se es consciente de ellos implícitamente. De manera más general, cuando los dolores intensos se viven junto a otras formas altamente perturbadoras de sufrimiento psicológico, su relevancia disminuye y, por lo tanto, a menudo permanecen co-atendidos o desapercibidos a pesar de su intensidad.

Si aceptamos que junto al campo de las sedimentaciones secundarias hay también sedimentaciones originarias, podemos afirmar además que no solo las memorias y las anticipaciones implícitas se anidan en las sedimentaciones, sino también los sentimientos vividos que pasan desapercibidos. Mientras las memorias y las anticipaciones implícitas son reactivaciones inconscientes de las sedimentaciones secundarias, los sentimientos inadvertidos de los que somos conscientes implícitamente en el presente se viven como reactivaciones inconscientes de las sedimentaciones originarias.

## Conclusión

El concepto fenomenológico de sedimentación es notablemente rico en términos de sus implicaciones. Si bien Husserl ya sugiere que nuestra vida emocional tiene sus propias sedimentaciones, en gran medida este asunto sigue sin ser investigado suficientemente. Mi objetivo aquí era ofrecer algunas reflexiones sobre la naturaleza sedimentada de un sentimiento encarnado específico, a saber, el dolor. Sin embargo, en consecuencia, mucho de lo que se dice aquí sobre el dolor es también relevante cuando se trata de nuestra comprensión sobre otras emociones y sentimientos.

En nuestro análisis nos hemos movido en círculo. Empezamos con el concepto de sedimentación y entonces tratamos de demostrar su relevancia en el marco de las reflexiones fenomenológicas sobre la temporalidad del dolor. No obstante, estos

análisis en sí exigieron que ampliásemos nuestra concepción de la sedimentación. Así, en la parte final de este artículo, tuvimos que establecer una distinción entre dos tipos de sedimentaciones que denominamos sedimentaciones originarias y secundarias.

Según la asunción central expuesta en este trabajo, el dolor se vive en el fondo de las sedimentaciones. Establecer una distinción entre sedimentaciones originarias y secundarias nos llevó a percatarnos de que esta afirmación debe entenderse en dos sentidos. Sobre esta base intenté exponer el rol que la memoria y la anticipación implícitas desempeñan en la experiencia del dolor; es más, sobre esta base intenté aclarar la posibilidad de los llamados dolores inadvertidos. Si bien las memorias y las anticipaciones implícitas anidan en las sedimentaciones secundarias, los sentimientos y las emociones inadvertidos como el dolor están arraigados en las sedimentaciones originarias.

Permítanme concluir diciendo que si bien el dolor puede ser una experiencia profundamente despersonalizante (véase Geniusas 2020, pp. 142-163), en un sentido muy distinto, los dolores se continúan viviendo como una experiencia profundamente personal y esto es debido a su arraigo en las sedimentaciones. Debido a este arraigo, se podría decir incluso que el dolor se vive como *principium individuationis*. La memoria y las anticipaciones implícitas son indicativas de la continuidad subyacente de la vida personal de uno, que sirve como base que subyace a las rupturas, cuyas circunstancias extraordinarias nos abrumen.

## Agradecimientos

El autor desea agradecer a Alberto Guzmán Janeiro por su ayuda con la traducción y preparación de este manuscrito como original en español.

## Bibliografía

- Agustín, S. (2022). Confesiones. (Trad. O, García de la Fuente). AKAL.
- Cassell, E. (2011). The Phenomenon of Suffering and its Relationship to Pain. In: *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Toombs, S. K. (Ed.). Dordrecht: Kluwer. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4\\_20](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_20)
- Claparède, É. (1911). Recognition et moité. *Archives de Psychologie*, 11, pp. 79-90.
- Fuchs, T. (2008). Das Gedächtnis der Schmerzen. En *Leib und Lebenswelt: Neue philosophisch-psychiatrische Essays* (pp. 37-81). Kusterdingen: Die Graue Edition.

- Geniusas, S. (2020). *The Phenomenology of Pain*. Ohio University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv224twdv>
- Geniusas, S. (2023). Merleau-Ponty's Phenomenology of Sedimentations. *Journal of Phenomenological Psychology*, 54(2), pp. 155-177. <https://doi.org/10.1163/15691624-20231422>
- Geniusas, S. (2024). The origins of sedimentation in Husserl's phenomenology. *European Journal of Philosophy*, pp. 1-17. <https://doi.org/10.1111/ejop.12931>
- Grahek, N. (2001). *Feeling Pain and Being in Pain*. Cambridge (MA): MIT Press.
- Hall, K. R. L., y E. Stride. (1954). The Varying Response to Pain in Psychiatric Disorders: A Study in Abnormal Psychology. *British Journal of Medical Psychology* 27 (1 -2), pp. 48-60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1954.tb00848.x>
- Hill, Harris E., Conan H. Kornetsky, Harold G. Flanary y Abraham, W. (1952). Effects of Anxiety and Morphine on Discrimination of Intensities of Painful Stimuli. *Journal of Clinical Investigation* 31 (5): pp. 473-80. <https://doi.org/10.1172/JCI102632>
- Hoogenraad, T. U., L. M. Ramos y J. Van Gijn. (1994). Visually Induced Central Pain and Arm Withdrawal After Right Parietal Infarction. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 57, pp. 850-852. <https://doi.org/10.1136%2Fjnnp.57.7.850>
- Husserl, E. (2002). *Lecciones de fenomenología de la conciencia interna del tiempo*. (Trad. A. Serrano de Haro). Editorial Trotta.
- Husserl, E. (2005). *Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Pura. Libro Segundo. Investigaciones Fenomenológicas sobre la Constitución*. (Trad. A. Ziri6n). Fondo de Cultura Econ6mica.
- Husserl, E. (2006). *Späte Texte über Zeitkonstitution (1924-1934): Die C-Manuskripte*. D. Lohmar (Ed.). Dordrecht: Springer.
- Husserl, E. (2013). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro Primero: Introducción general a la fenomenología pura*. (J. Gaos, Trad.). Fondo de Cultura Econ6mica.
- Husserl, E. (2019). *First Philosophy: Lectures 1923/24 and Related Texts from the Manuscripts (1920-1925)*. (S. Luft y T.M. Naberhaus, Trad.). New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-024-1597-1>
- Kaplan, Eugene A. (1960). Hypnosis and Pain. *Archives of General Psychiatry* 2 (5), pp. 567-568. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1960.03590110091011>
- Melzack, R y Patrick D. Wall. (2008). *The Challenge of Pain*. Updated 2nd ed. London: Penguin.
- Merleau-Ponty, M. (2010). *Institution and Passivity. Course Notes from the Collège de France (1954-55)*. (L. Lawlor y H. Massey, Trad.). Evanston, Ill: Northwestern University Press.
- Mohanty, J.N. (2011). *Edmund Husserl's Freiburg Years (1916-1938)*. New Haven and London: Yale University Press.

- Nietzsche, F. (1996). *La genealogía de la moral*. (A. Sanchez Pascual, Trad.). Alianza Editorial.
- Rodemeyer, L. (2003). Developments in the Theory of Time-Consciousness: An Analysis of Protention. En: D. Welton (ed.), *The New Husserl: A Critical Reader*. Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press, pp. 125-156.
- Schacter, D. L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13(3), pp. 501-518. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.13.3.501>
- Serrano de Haro, A. (2016). Pain Experience and Structures of Attention: A Phenomenological Approach. In van Rysewyk, S. (ed.) *Meanings of Pain*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_10)
- Welton, D. (2003). The Systematicity of Husserl's Transcendental Philosophy: From Static to Genetic Phenomenology. En D. Welton (ed.), *The New Husserl: A Critical Reader*. Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press, pp. 255-288.



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Ontología procesual de la enfermedad e identidad personal\*

*Mariana Córdoba*

CONICET – UBA, Buenos Aires, Argentina  
marianacordoba@conicet.gov.ar

*Fiorela Alassia*

CONICET – UNPSJB, Comodoro Rivadavia, Argentina  
fiorela.alassia@gmail.com

*Gonzalo Pérez Marc*

UBA, Buenos Aires, Argentina  
gonzaloperezmarc@gmail.com

Recibido: 15/12/2023 | Aprobado: 08/03/2024  
**Doi:** <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355799>

**Resumen:** En el presente artículo nos proponemos argumentar en favor de una concepción procesual de la identidad de la persona enferma. Para ello, recorreremos algunas de las principales respuestas que ha dado la filosofía a la pregunta por la identidad personal, así como ciertas propuestas sobre cómo concebir la enfermedad y la identidad de la persona enferma. A partir de la adopción de un enfoque procesual de la ontología, pondremos el foco en una interpretación procesual-relacional no dualista de los organismos biológicos.

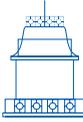
**Palabras Clave:** Identidad personal, organismo biológico, ontología procesual, ontología relacional, salud-enfermedad

\* El texto está vinculado a la investigación que realiza en tanto investigadora adjunta del CONICET en el caso de Mariana Córdoba, a la investigación doctoral en tanto becaria doctoral del CONICET en el caso de Fiorela Alassia y a la investigación doctoral en el caso de Gonzalo Pérez Marc. Este trabajo ha sido realizado gracias al apoyo del CONICET, la UBA, la UNPSJB y la ANPCyT (PICT-2020-SERIEA-03146). Agradecemos los comentarios de los árbitros, que nos permitieron mejorar el trabajo.

## Cómo citar este artículo:

Córdoba, M., Alassia, F., Pérez Marc, G. (2024). Ontología procesual de la enfermedad e identidad personal. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 35-59 <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355799>





# Process Ontology of Illness and Personal Identity

**Abstract:** We aim to argue for a processual conception of ill-person-identity. To do so, we will review some of the main answers that philosophy has provided to the question of personal identity. We will also review certain proposals on how to conceive illness and ill-person-identity. Within a processual approach to ontology, we will focus on a non-dualistic processual-relational interpretation of biological organisms.

**Keywords:** Personal identity, biological organism, process ontology, relational ontology, health-illness

**Mariana Córdoba** es argentina. Es Doctora en Filosofía (UBA) e Investigadora Adjunta del CONICET. Está realizando un segundo Doctorado en Estudios de Género (UBA). Es Jefa de Trabajos Prácticos de las Cátedras de Filosofía Feminista y Filosofía de la Ciencia de la carrera de Filosofía (FFyL, UBA). Sus áreas de investigación son la filosofía de la ciencia, la epistemología feminista y la filosofía feminista. Investiga sobre el problema filosófico de la identidad personal y la cuestión de la identidad en dominios científicos específicos.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8051-9210>

**Fiorela Alassia** es argentina. Es docente investigadora en la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud de la UNPSJB, y becaria doctoral de CONICET. Es Bioquímica (UNPSJB), Especialista en Docencia Universitaria (UNPSJB) y Magíster en Epistemología e Historia de la Ciencia (UNTREF). Se encuentra finalizando el Doctorado en Filosofía (UBA). Sus áreas actuales de trabajo son la filosofía de la bioquímica y de la medicina.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6244-9629>

**Gonzalo Pérez Marc** es argentino. Es médico (UBA), Doctor en Medicina (UBA). Se encuentra finalizando la Licenciatura en Filosofía (UBA). Es Pediatra (UBA), Especialista en Clínica Pediátrica (UBA / SAP / ANM), Especialista en Medicina del Deporte (UBA). Es Magíster en Economía y Gestión en Salud (ISALUD) y Magíster en Bioética (FLACSO). Se encuentra finalizando el Doctorado en Medicina (UBA). Es Jefe del Área de Investigación y Docencia del Departamento Materno-Infantil del HMC. Es Docente de la Facultad de Medicina (UBA). Estuvo a cargo de la dirección de los ensayos clínicos de la vacuna de Pfizer contra el COVID-19 en Argentina y líder del ensayo local de la vacuna vegetal contra el COVID-19. Investigador en medicina y filosofía.



**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9262-9724>

## Introducción

El debate filosófico sobre la identidad personal pretende dar cuenta de una intuición elemental –que somos las mismas personas hoy que ayer–, a pesar de otra intuición no-problemática –que, en múltiples sentidos, podemos afirmar que ya no somos quienes éramos en el pasado.

Distintos problemas relativos a la identidad de las personas se han entrelazado, configurando un campo filosófico problemático, tratado sistemáticamente en la filosofía analítica del siglo XX. En este campo, cobraron protagonismo los debates sobre la base de los experimentos mentales, que se preguntan, por ejemplo, quién soy yo si mis hemisferios cerebrales son trasplantados a dos cuerpos distintos.

En este trabajo nos proponemos abordar el problema de la identidad personal desde un punto de vista metafísico, pero lejos de acudir a abstrusos escenarios imaginarios, como la fisión o el trasplante de cerebros, analizaremos el fenómeno de la enfermedad en tanto impacta en la identidad de quien la padece. ¿Quién es la persona que se enferma? ¿Se enferma un cuerpo, se enferma un individuo, se enferma una persona? Para elucidar estas preguntas, partiremos de una ontología procesual de las personas (Dupré, 2014; 2015), poniendo el foco en la idea del organismo biológico como *proceso*.

En otros trabajos hemos examinado la cuestión de la identidad personal y la enfermedad en el marco de la filosofía práctica, discutiendo cuestiones relativas a la agencia y modos de vivenciar la enfermedad, así como a los modelos imperantes de la enfermedad y la relación entre el paciente y sus otros (sistema médico, sociedad “sana”, etc.) (Pérez Marc, 2007; 2010). En este caso, lo haremos desde una perspectiva metafísica, poniendo el acento en la ontología de la persona enferma, lo que también tendrá consecuencias para pensar la ontología de la enfermedad.

Argumentaremos que el fenómeno de la enfermedad puede ser interpretado de distintas maneras, pero que en cualquier caso impacta en la identidad del sujeto enfermo (Pérez Marc, 2007). Ahora bien, ¿cómo se comprende la identidad de la persona enferma? En el debate metafísico, las personas son concebidas en términos de individuos. Proponemos discutir la cuestión de la identidad de la persona enferma desde el marco de una ontología procesual. Argumentaremos que las personas son procesos y no individuos, de acuerdo con una ontología procesual para los organismos biológicos. Esta posición permitirá enriquecer la idea de que la identidad personal es narrativa (Pérez Marc, 2007), en la medida en la cual la vida narrada se identifica con el devenir de un *proceso* que no debe ser pensado exclusivamente en términos subjetivistas, sino que también debe dar un lugar fundamental a la materialidad orgánico-fisiológica de las personas. Es decir, nos proponemos brindar un marco conceptual para el caso de la enfermedad, que permita articular un enfoque narrativo-subjetivista con un enfoque procesual de los organismos, propio del ámbito de la filosofía de la biología.

En términos más generales, se nos presenta también el desafío de ofrecer una concepción filosófica de las personas que rechace todo dualismo (mente-cuerpo / psicológico-biológico), dialogando tanto con concepciones filosóficas provenientes de la filosofía analítica como con propuestas propias de la tradición hermenéutica.

Muchas posiciones filosóficas buscan, en la actualidad, superar las dicotomías tradicionales naturaleza-cultura, social-biológico, cuerpo-mente. El marco teórico de una ontología procesual permite concebir a las personas como entidades bio-sociales. De esta manera, argumentaremos en favor de una ontología bio-social, que conlleva la idea de que la enfermedad no se agota en un proceso orgánico-biológico-fisiológico, ni tampoco en un proceso social. La concepción procesual de las personas, articulada con una concepción narrativista de la identidad, permitirá repensar la ontología de la salud y la ontología de la enfermedad, así como poner en el centro de la identidad de las personas (sanas y enfermas) sus relaciones y dependencia de otros.

## 1. El debate en torno a la identidad personal y el carácter narrativo de la identidad

La historia de la filosofía da cuenta de innumerables discusiones y posiciones en torno a la identidad de las personas. En algunas ocasiones, la identidad personal ha sido concebida de modo análogo a la identidad de las cosas (*cf.* Córdoba, 2020) y, en otras, se ha puesto el foco en la *personidad* como algo propio de los humanos, donde radica la distinción de los animales no humanos y de las cosas inertes (*cf.* Gruen, 2021).

Encontramos preguntas divergentes y convergentes como formulaciones de la cuestión de la identidad y, a la vez, posiciones contrarias e incluso contradictorias. Muchas preguntas resultaron cruciales en el debate metafísico sobre la identidad personal, pero, sin dudas, la cuestión de la *persistencia* ha ocupado un lugar central en el debate analítico del siglo XX (*cf.* Olson, 2023). Esta cuestión se identifica con la búsqueda de condiciones necesarias y/o suficientes para que un ser del pasado o del futuro sea el mismo que un ser del presente. La elección del término “ser” en lugar de “persona” podría extrañar, dado que se trata de la identidad personal, pero es intencional porque entre las distintas posiciones sobre la identidad, algunas se comprometen con un esencialismo de la *personidad* mientras que otras sostienen que la identidad personal es la identidad del animal humano y que las personas no son más que organismos biológicos, o que organismo e identidad son independientes, pero que la identidad depende de la continuidad del organismo.

John Locke (1690/1980) definió la persona como un ser racional, como “un ser pensante inteligente dotado de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como el mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares” (Locke, 1690/1980, p. 318). El filósofo estableció que las personas encuentran en la memoria un acceso privilegiado a los hechos de sus historias pasadas y sus propias

identidades. Las personas se distinguen tanto de los animales no personales como de los objetos no personales porque aquellas tienen conciencia o reflexión instantánea. Esta es la responsable de la mismidad de las personas. La reflexión instantánea extendida en el tiempo histórico hacia el pasado se convierte en memoria; y la memoria es la responsable de la identidad personal a través del tiempo, es decir, de la persistencia de las personas en tanto que tales.

Locke se esfuerza por trazar una distinción tajante entre identidad de la persona e identidad de la sustancia. La identidad personal no depende de esta última ni la supone. Ahora bien, también insiste en distinguir la identidad personal de la identidad del organismo. La identidad del organismo es la que podemos adscribir a los humanos en tanto que animales, así como a los animales no humanos y las plantas. Esto es así porque la persona no es sustancia ni organismo biológico, sino un flujo de conciencia.

A pesar de las críticas dirigidas contra la propuesta lockeana, en el marco de la metafísica analítica del siglo XX algunos filósofos retomaron dicha propuesta, sosteniendo el enfoque *psicologista* de la identidad personal.<sup>1</sup> La tesis defendida es que la identidad personal depende de la identidad psicológica exclusivamente. En un primer momento, se propuso que la identidad personal descansa en la continuidad psicológica. De acuerdo con esta tesis, un determinado ser en el presente es el mismo que un ser futuro, si este hereda los aspectos mentales de aquel (que, además de memorias, incluyen creencias, preferencias, capacidad de pensamiento racional, entre otros) (cfr. [Olson, 2023, online](#)). Un ser en un momento del tiempo y un ser en otro momento del tiempo son la misma persona si y sólo si ambos seres son psicológicamente continuos. Ante las objeciones recibidas por exigir continuidad psicológica para la identidad, se ha postulado que un ser en un momento del tiempo es el mismo que un ser en otro momento del tiempo, si y solo si ambos seres están psicológicamente conectados: la conexión psicológica es una relación más fácil de alcanzar en tanto admite grados, mientras que no los admite la continuidad (cfr. [Olson, 2023](#)).

En el debate analítico, encontramos otra posición importante, que se opone radicalmente a la tesis de la identidad psicológica y sostiene que la identidad personal descansa en la continuidad física de la persona. Esta posición es el enfoque fisiológico-somático de la identidad personal. De acuerdo con esta concepción, la identidad de una persona está determinada por el cuerpo o el organismo biológico que una persona es. Para que una persona sea la misma, debe darse una continuidad física. Dentro de esta posición, encontramos, por un lado, el criterio corporal, que sostiene que la identidad depende de la continuidad de un cuerpo humano ([Williams, 1957; 1970; Thomson, 1997; Ayer, 1936](#)). Por el otro, encontramos también el animalismo, de acuerdo con el cual la identidad personal depende de la continuidad del organismo,

1 Han defendido variantes del enfoque psicologista filósofos como [Shoemaker \(1970; 1984; 1997; 1999\)](#), [Perry \(1972\)](#), [Lewis \(1976\)](#), [Johnston \(1987\)](#), [Garrett \(1998\)](#), [Hudson \(2001\)](#), [Noonan \(2003\)](#), [Nozick \(1981\)](#), [Parfit, 1971; 1984](#); [Unger, 1990; 2000](#), entre otros.

de los órganos metabólicos y vitales del animal humano (Mackie, 1999; Olson, 1997; Snowden, 1990; 1996).

De acuerdo con esta posición, los humanos somos esencialmente organismos biológicos, y de ello deriva cuáles son las condiciones necesarias para la persistencia a través del tiempo. Dentro del animalismo encontramos distintas posiciones en cuanto a la relación entre organismo y persona. Algunas de ellas afirmarán que ni todos los organismos humanos son personas ni todas las personas son organismos humanos. (Wiggins, 1980; Wollheim, 1984; Cfr. Olson, 2023). Pero otras posiciones, como la de John Dupré –sobre la que volveremos más adelante–, sostienen que las personas son organismos biológicos.

La mayoría de las concepciones dentro de este enfoque asumen el animalismo, sosteniendo que el ser  $X$  en el tiempo  $t1$  es el mismo que  $Y$  en otro tiempo,  $t2$ , si y solo si el organismo biológico de  $Y$  es continuo con el organismo biológico de  $X$  (DeGrazia, 2005; Noonan, 1998; Olson, 1997). Según el animalismo, las condiciones de persistencia de los humanos no difieren de las condiciones de persistencia de los animales no humanos.

La concepción psicologista presentaba, entre otros, el problema de los *demasiados seres pensantes* o del *animal pensante*.<sup>2</sup> Cabe aclarar que quienes defienden la continuidad fisiológica como determinante de la identidad personal, sobre la base de un criterio animalista o somático, argumentan que desde la perspectiva del enfoque psicologista, las situaciones problemáticas no se pueden sortear.

El animalismo no solo logra afrontar o disolver algunos de los problemas que presenta la concepción psicologista, sino que además resulta intuitivo puesto que solemos pensar que las personas sobreviven o mueren cuando sus organismos sobreviven o mueren. De acuerdo con esta posición, la concepción psicológica no da cuenta de que los seres humanos somos organismos biológicos, o no da cuenta de cómo nos relacionamos con nuestro organismo biológico (Carter, 1989; Ayers, 1990; Snowden, 1990; Olson, 1997; 2003).

Los famosos experimentos mentales que desafiaban la concepción psicologista, sin embargo, también presentan problemas para el animalismo: si el cerebro de  $A$  fuera trasplantado a otro cuerpo, este enfoque debería afirmar que  $A$  seguiría siendo un organismo carente de cerebro, una consecuencia poco sostenible (Unger, 2000; Johnston, 2007). A su vez, se ha criticado que esta posición ignora lo propio de los seres humanos al identificar la identidad personal con propiedades compartidas con los animales.

Además, importantes problemas éticos que dieron origen al debate e inspiraron la formulación lockeana del problema no pueden ser afrontados por la concepción fisiológico-somática. Esta posición tendría la dificultad de no poder dar cuenta de la responsabilidad de las personas. La concepción de la identidad personal de Locke

2 Hemos trabajado sobre estas críticas; no podemos exponerlas aquí porque ello nos alejaría de los propósitos del presente trabajo (cfr. Córdoba, 2015, p. 218-219).

precisamente se interesaba por cuestiones prácticas y pretendía ofrecer un concepto forense de persona. Únicamente a las personas cabe adscribir responsabilidad por sus propias acciones y también es exclusivo de las personas el poder ser felices o desdichadas a causa de sus acciones. Por ello, debido a sus acciones les corresponde imputabilidad en el ámbito público, así como preocupación por sí mismas en el privado. En Locke, la responsabilidad moral puede justificarse con absoluta independencia de la continuidad biológica. Según David Shoemaker, la anticipación a mis experiencias futuras se funda en que la persona futura será quien herede mi psicología, pero, desde este punto de vista práctico, no parece importante que sea la heredera de mi organismo biológico (Shoemaker, 2021).

Quedan establecidas así las dos posiciones fundamentales que ocuparon el debate en la filosofía analítica del siglo XX, posiciones antitéticas y excluyentes. El debate en el marco de la metafísica analítica ha sido cuestionado por plantearse en términos dicotómicos y por ofrecer dos visiones parciales y reduccionistas de la identidad de las personas (Córdoba, 2015; 2017). Otras posiciones posteriores recuperaron la motivación práctica relacionada con la atribución adecuada de expectativas, intenciones y acciones como propias. En este contexto no resulta importante el hallazgo de un criterio de identidad numérica diacrónica que resuelva la re-identificación de una misma persona en diferentes momentos temporales. Autores como MacIntyre (1984; 1997), Taylor (1989), Schechtman (1996) y DeGrazia (2005) sostienen que una experiencia o acción puede atribuirse a una persona en la medida en que puede incorporarse a un relato, a la historia de la propia vida contada en primera persona. Una historia o relato propio, contado por el propio agente, articula de manera significativa y activa distintos eventos con coherencia e inteligibilidad (Shoemaker, 2021). Así, nos hallamos ante una concepción *narrativa* de la identidad personal.

Enmarcado en una posición narrativista, Paul Ricoeur ha reflexionado sobre el modo en el que se desarrolló el debate sobre la identidad personal en la filosofía analítica. Afirmó que este debate encubre la distinción entre mismidad e *ipseidad* (los dos usos más importantes de identidad). La identidad-*idem* (mismidad) hace referencia a la permanencia en el tiempo y su opuesto es lo *diferente* (Ricoeur, 1996, p. 109); refiere a lo inmutable a través del tiempo (Ricoeur, 1999, p. 215). En cambio, la identidad-*ipse* se trata del *devenir otro* en el tiempo a causa del carácter narrativo de la identidad. La *ipseidad* está necesariamente vinculada con la alteridad, en tanto la otredad constituye la identidad-*ipse* (Ricoeur, 1996, p. 116). Según este uso, idéntico significa *propio*, y su opuesto no es *diferente* sino *extraño* (Ricoeur, 1999, p. 215)<sup>3</sup>.

3 Cuando una persona se refiere a sí misma, suele referir a dos modelos de permanencia en el tiempo: el carácter y la palabra dada. La permanencia del carácter expresa la ocultación mutua del *idem* en el *ipse*. El mantenimiento de la palabra dada muestra la distancia existente entre el *idem* (la permanencia del mismo) y el *ipse* (la permanencia del sí). Aquí la *ipseidad* se libera de la *mismidad*. La identidad narrativa constituye un término medio entre el mantenimiento del carácter y el mantenimiento de la palabra dada, articulando, así, dialécticamente, el *idem* y el *ipse*.

El debate analítico trató, como hemos señalado, el problema de la persistencia, que se vincula con la mismidad y confunde mismidad e ipseidad. En este debate, se desconoció la dimensión narrativa de la identidad, atendiendo exclusivamente a la cuestión de cómo establecer una identidad compatible con la desemejanza, separación y diferencia que introduce el paso del tiempo en una vida. En este sentido, afirma Ricoeur sobre el tiempo: “(...) la amenaza que representa para la identidad sólo queda enteramente conjurada si se puede plantear, en la base de la similitud y de la continuidad ininterrumpida del cambio, un principio de permanencia en el tiempo.” (1996, pp. 110-111).

Ricoeur sostiene que la historia de una vida se convierte en historia contada, de manera que la función narrativa es la que otorga identidad a un sujeto (1999). En la trama de la historia contada debe buscarse la mediación entre cambio y permanencia. La identidad es construida entre una exigencia de concordancia y la admisión de discordancias que cuestionan la identidad (Ricoeur, 1996, p. 139). El personaje, entonces, construye su identidad correlativamente a la *concordancia discordante* de su historia.

¿Qué es la discordancia? La discordancia se comprende como el cambio de fortuna en el modelo de la tragedia, y la configuración de la narración depende de la dimensión dual de concordancia y discordancia. Ahora bien, la enfermedad ¿es una *discordancia*, un fenómeno que irrumpe en una vida poniendo en peligro, amenazando la identidad? ¿Es la enfermedad un factor de desemejanza, como lo es simplemente el crecimiento de un niño o el envejecimiento? ¿Bajo qué modelos se suele concebir la enfermedad y cómo impacta esta en la identidad?

## 2. La enfermedad: enfermedad e identidad

¿Cómo es comprendida la enfermedad en nuestra cultura? ¿Qué aportes han realizado distintas disciplinas para elucidar dicho fenómeno? ¿Cómo podemos dar cuenta de la identidad de una persona enferma, o de la identidad en la enfermedad?

Nuestra cultura tiende a comprender que la persona enferma es portadora de una patología psicológica u orgánica que, por un lado, debe ser objetivada (Pérez Marc, 2007) y que, por otro, debe repararse (Dupré, 2019). La enfermedad constituye, desde este punto de vista, una alteración, un fallo, una carencia o un defecto. Distintos análisis sobre la enfermedad ofrecen modelos según qué aspecto se ponga de relieve: puede ser comprendida analizando su naturaleza física, a partir de su origen (como fenómeno endógeno o exógeno); o puede ser interpretada como enemigo, como carencia, como un proceso negativo o positivo (Laplantine, 1999). Cristián Saborido (2020) analiza distintas concepciones de la salud y la enfermedad: una de ellas es la perspectiva biológica de estos fenómenos (Boorse, 1977); la otra, antitética a esta, es la posición constructivista, que ancla la salud y la enfermedad en construcciones socio-

culturales (Nordenfelt, 1995; Foucault, 2010). Hemos afirmado que la enfermedad es una representación múltiple (Pérez Marc, 2007, p. 135), y puede ser evaluada desde diversas perspectivas, todas las cuales suponen algunos compromisos filosóficos, en particular, ontológicos.

Dejando de lado el recorrido sobre las distintas propuestas históricas respecto de la comprensión de la salud y la enfermedad, nos interesará evaluar cómo ciertos compromisos ontológicos impactan en el modo en que concebimos la enfermedad. En especial, nos preguntaremos por la manera en que una ontología de procesos ofrece una comprensión más adecuada sobre la enfermedad que una ontología sustancial. También nos interesará evaluar de qué manera la identidad de la persona enferma puede también ser elucidada a partir de una concepción procesual. Pero antes será necesario, retomando la concepción narrativa de la identidad, evaluar qué puede aportar este enfoque al problema de la identidad de la persona enferma, así como los límites que dicha visión presenta.

Para la identificación y re-identificación de una persona, en la mayoría de las culturas, resulta necesaria la continuidad espaciotemporal que tanto buscó la filosofía analítica, pero la continuidad no es suficiente, puesto que toda identidad es también el relato de un devenir temporal (Rorty, 1976). En un proceso de enfermedad, como en cualquier estadio de una vida humana, las personas somos también constituidas por nuestros recursos discursivos (Arfuch, 2002). No debe soslayarse que una historia contada puede dar cuenta de una historia vivida y puede también incorporar aquellos elementos constitutivos de la identidad que las posiciones en el marco de la metafísica analítica dejaron de lado: la temporalidad y la otredad. Debemos dar lugar a las posiciones narrativistas porque en un proceso de enfermedad, el transcurrir del tiempo y la relación con otros (médicos, enfermeros, cuidadores, familia, sistema de salud) resultan elementos constitutivos de *quiénes somos* antes, durante y después de tal proceso (así como la articulación entre las distintas etapas). La identidad es un particular cruce entre historia y ficción según Ricoeur (1983). Las vidas son contadas de acuerdo con modelos narrativos o tramas que constituyen la mediación privilegiada para la interpretación y la comprensión del sí mismo.

Sin embargo, también la posición narrativista ha sido criticada. Se ha afirmado que supone la identidad numérica y que no resulta claro el rol privilegiado de la narración para la articulación o unificación de acciones o eventos en un único sujeto. Por otra parte, se ha objetado que existen narraciones que son sencillamente falsas. Un modo de resolver esta cuestión fue proponer la existencia de una narración en tercera persona (para este debate, *cfr.* Shoemaker, 2021).

¿Puede la narratividad dar cuenta de la identidad en la enfermedad? ¿Quién debe narrar el devenir de una enfermedad? ¿Debe la enfermedad ser narrada en primera o en tercera persona? Precisamente, hemos afirmado que la vida del enfermo en tanto tal no es narrada en primera persona: el enfermo no es agente, no es productor del relato

sobre sí mismo, sino que su identidad se constituye por medio de la historia clínica, una narración en tercera persona, realizada por el médico como agente (Pérez Marc, 2007, p. 136). A su vez, la persona enferma queda, por medio de este relato, identificada sin más como sufriente o paciente. Puede afirmarse que la historia clínica es, en cierto sentido, ajena a la persona; es un relato formal y distante, que difícilmente logra una articulación significativa de concordancia y discordancia, en términos de Ricoeur (1996; 1999). Esta historia solo cobra sentido en tanto irrupción de la enfermedad en una vida sana. Incluso si se pensara la salud como concordancia y la enfermedad como discordancia (un giro o cambio de fortuna), la historia clínica no logra una mediación entre ambas, sino que enfatiza la irrupción de esta última<sup>4</sup>.

Más allá de las distintas aproximaciones teóricas, nuestra cultura interpreta el cuerpo enfermo como un cuerpo defectuoso, un cuerpo deteriorado o “averiado”, modelado como una máquina que no funciona como debería. También la enfermedad es concebida como un otro en mí (Pérez Marc, 2007, p. 140). La otredad es esa irrupción difícil de incorporar en la mismidad, y la “normalidad” es identificada con la sociedad sana, no enferma. El enfermo aparece como aislado o aislable, distinguible cualitativamente de ese grupo de referencia. El enfermo también pierde agencia e incluso protagonismo respecto de las afirmaciones –por cierto, incorregibles– sobre su propio dolor, el que tiene que ser verificado, medido y regulado de acuerdo con la medicina, como un saber objetivo (Pérez Marc, 2010, p. 3).

Ahora bien, en este trabajo queremos centrarnos en la enfermedad en tanto fenómeno que le acontece a un organismo biológico, pero ofreceremos una concepción del organismo que no contrapone esta dimensión (eminentemente biológica) a una dimensión psicológica, como hace el debate analítico sobre la identidad personal –sobre esto volveremos más adelante–, nuestro abordaje se enmarca en el ámbito de la metafísica, dado que nos ocuparemos de la cuestión ontológica de la naturaleza del organismo biológico, desde una posición que tomaremos del campo de la filosofía de biología. Este abordaje nos permitirá ofrecer herramientas para pensar la identidad personal en la enfermedad. Sin embargo, por lo expuesto más arriba, este enfoque no puede desatender el enfoque narrativo, a pesar de sus limitaciones. El recurso de la narración es necesario para dar cuenta de la identidad, pero no es suficiente: la narración no agota la identidad. Las concepciones narrativistas suelen desestimar la dimensión biológica de la identidad, por lo que pueden considerarse deudoras de cierto

---

4 Sin embargo, es posible comprender de otra manera el relato de la historia clínica. Podría pensarse que los sentidos que se entrelazan en la historia clínica no responden exclusivamente a la narración del médico-agente, puesto que el médico que confecciona la historia clínica se hace eco, a su vez, de un conjunto de narraciones compartidas sobre la enfermedad. Respecto de este punto es interesante señalar que ciertos supuestos de carácter teórico, pero también la semiología, el trabajo interpretativo del médico particular anclado en una comunidad profesional, condicionarán el relato resultante. A su vez, dada la relación médico-paciente, la voz de este podría ser incluida o reinterpretada, de manera que se podría tratarse más de un entretreído de sentidos que de un relato estrictamente en tercera persona.

dualismo. Por ello, sin desatender que nuestros recursos narrativos son constitutivos de la identidad, en este trabajo queremos enfatizar la dimensión biológica de la identidad, tomando una discusión que proviene de la filosofía de la biología y que pone el foco en el organismo biológico.

Sin embargo, tampoco reducimos persona a organismo biológico, en la medida en la cual la concepción procesual de la ontología que defenderemos solo permitiría distinguir lo biológico de lo social de manera analítica, de manera artificiosa. La concepción de los organismos biológicos que defenderemos es una concepción procesual no dualista y, por lo tanto, deberá contemplar el desarrollo de los recursos discursivos humanos como parte fundamental de un proceso de carácter social en el cual los organismos biológicos se encuentran insertos. A la caracterización de la ontología procesual que permite esta comprensión de los organismos biológicos dedicaremos la siguiente sección.

### 3. El enfoque procesual de la ontología

En el marco de la filosofía de la biología contemporánea, John Dupré, en conjunto con otros autores, ha propuesto un enfoque procesual de la ontología (Dupré, 2014; 2015; 2021; Meincke, 2018; Nicholson & Dupré, 2018). De acuerdo con esta propuesta, las entidades biológicas son comprendidas como procesos, en lugar de ser concebidas como cosas o individuos sustanciales. Este marco filosófico parte de la crítica a una ontología sustancial, de acuerdo con la cual el mundo está poblado por entidades sustanciales individuales. En términos aristotélicos, la sustancia es aquello que puede asumir contrarios, soporta el cambio sin cambiar ella misma; y todo cambio supone un sujeto en el que darse<sup>5</sup>. En el debate sobre la identidad personal, la búsqueda de identidad es la búsqueda de la permanencia o continuidad a pesar de los cambios que las personas sufren a lo largo del tiempo. La mayoría de las posiciones en esta discusión asumen que las personas somos individuos distinguibles de los otros y autosubsistentes, cuyo fundamento ontológico no requiere de ninguna otra entidad. Por ello, se busca una continuidad (psicológica o física) desde la perspectiva de una *ontología de individuos autosubsistentes* (Córdoba, 2020), entendidos, generalmente, como *sustancias* (con excepción de la propuesta de Locke). Según el animalismo, los organismos biológicos son concebidos como individuos sustanciales (Dupré, 2014; Meincke, 2018), pero la noción de *individuo* constituye un presupuesto metafísico y no tiene apoyo en el conocimiento científico contemporáneo (Dupré, 2014).

5 No discutiremos aquí distintos sentidos filosóficos de la noción de *sustancia*. Simplemente sostenemos que, en general, el debate sobre la identidad personal al que nos referimos en la sección 1 ha sido planteado desde la perspectiva de una ontología sustancialista. Y esto puede encontrarse tanto en algunas de las críticas que se habían dirigido a la propuesta psicologista lockeana (Locke se había esforzado por argumentar que la identidad de las personas no debe confundirse con la identidad de la sustancia), como en las propuestas positivas en el enfoque fisiológico-somático, en particular, en el animalismo.

De acuerdo con el enfoque procesual, un organismo biológico no debe ser comprendido como un individuo sustancial, tampoco como una máquina, es decir, no debe ser concebido como una jerarquía de estructuras. Un organismo biológico es, en cambio, una *jerarquía de procesos*. Esta jerarquía es dinámica, de manera tal que los procesos se estabilizan y mantienen dinámicamente en distintas escalas de tiempo (Dupré & Nicholson, 2018). En concordancia con otras ontologías procesuales (cfr. Seibt, 2021), la propuesta de Dupré se compromete con la tesis de que los procesos son entidades ontológicamente más fundamentales que las cosas o sustancias. Esto no implica negar la existencia de las cosas, sino que esta es subsidiaria de la existencia de procesos (Dupré & Nicholson, 2018). Lo que identificamos como cosas son patrones transitorios de una estabilidad dinámica inmersa en un flujo circundante. En este sentido, las entidades biológicas, como las poblaciones, los organismos (Dupré, 2020), las células (Nicholson, 2019), y las macromoléculas (Stein, 2006; Guttinger, 2018; cfr. Alassia, 2022) pueden ser pensadas como estadios específicos de procesos estables. La estabilización de un proceso biológico es dinámica y se atiene a una determinada escala temporal (la duración de una molécula de ARN mensajero es de minutos, la de un glóbulo rojo es de meses, la de un ser humano es de décadas, entre otros ejemplos). Solemos considerar estas estabilizaciones temporales como ítems individuales fijos y estáticos. Sin embargo, su estabilidad es aparente y depende de la relación con la escala temporal de otros procesos simultáneos; por ejemplo, las enzimas pueden aparentar ser –o son tratadas como– cosas, porque gozan de una relativa estabilidad (dinámica) en el contexto de la escala temporal de la catálisis (Dupré & Nicholson, 2018, p.12). Los procesos pueden ser delimitados o individuados y también ubicados espaciotemporalmente. A diferencia de las cosas, la individualización de los procesos no está determinada por la ubicación espaciotemporal, sino por lo que “hacen” (Kearney & Rieppel, 2023, p. 2).

Si consideramos el problema de la identidad personal desde la perspectiva del animalismo, que sostiene que somos esencialmente organismos biológicos, entonces cabe preguntarse por aquello en lo que descansa la persistencia de un proceso. ¿Cómo podemos determinar que un proceso en el tiempo  $t_1$  es el mismo que un proceso en un momento posterior,  $t_2$ , a pesar de los cambios que ha sufrido en el transcurso temporal? Lo que determina la persistencia de un proceso, así como lo que determina su estabilidad, es tanto la organización espaciotemporal del proceso como sus relaciones con otros procesos. Esto también da cuenta de las propiedades y los poderes causales que se pueden adscribir a un proceso. En este sentido, una ontología procesual, a diferencia de una ontología de individuos, es una ontología *relacional*.

En el debate analítico sobre la identidad personal, cuando se asume que la identidad es la del individuo (entendido como un individuo sustancial), la cuestión de la persistencia o la re-identificación aparece vinculada con la cuestión de la identificación y con el problema de la distinguibilidad. Extrapolando esto último a

la ontología procesual, podemos preguntarnos qué es lo que permite distinguir un proceso de otros. Un proceso se define como actividades que ocurren conjuntamente y se interconectan de manera causal con un objetivo determinado. Para distinguir un proceso de otro desde la perspectiva de una ontología procesual, es necesario atender a la *forma* del estado dinámico. Por su parte, la constitución material de un proceso se renueva continuamente por medio de eventos metabólicos. Un ejemplo de esto son las proteínas del cuerpo humano, las que son renovadas en un año, al propio tiempo que la célula persiste a pesar de la modificación de sus materiales.

Como hemos señalado, una diferencia importante entre una ontología procesual y una ontología de individuos, es que la primera es eminentemente relacional: los procesos son entidades relacionales. Las personas o seres humanos, de acuerdo con Dupré, somos organismos biológicos, y los organismos biológicos son procesos. Por lo tanto, las personas somos procesos. En tanto procesos, somos complejos que se interconectan con otros procesos. Y nuestro comportamiento se debe a las relaciones con otros procesos circundantes, siendo el entorno, a su vez, un conjunto de procesos. Por ejemplo, de acuerdo con Dupré (2018, p. 22), la estabilización de los organismos biológicos involucra interacciones de las partes que los componen, pero también la interacción con el sistema del cual los individuos son parte. Lo que es fundamentalmente constitutivo de un organismo, entonces, son las relaciones entre los procesos antes que entre las partes de dicho organismo. Afirmar que una ontología procesual es una ontología relacional supone comprometerse con la idea de que las relaciones resultan constitutivas de la identidad de los procesos.

Una concepción procesual de la ontología considera que lo vivo es una gran variedad de procesos interrelacionados que constituyen colectivamente un continuo dinámico. El cambio y el dinamismo extendidos a través del tiempo son los aspectos fundamentales de las entidades biológicas. Entonces, mientras el cambio es lo que pone en cuestión la identidad desde una perspectiva sustancialista, la ontología procesual permite afirmar que, si existe algo *esencial* para la persistencia de los procesos, eso es el *cambio* (Dupré, 2014). La adopción de una ontología procesual permite sostener que el cambio es fundamental, es decir, permite justipreciar el rol del cambio en la tradición filosófica (cfr. Córdoba, 2020). En este sentido, la estabilidad de la naturaleza viva requiere ser explicada, debemos preguntarnos cómo se alcanza la estabilidad a través del cambio continuo (Dupré & Nicholson, 2018).

Dupré no afirma que la noción tradicional de humano individual es indefendible, sino que “el intento de fundamentar el individuo en la biología tiende a problematizar el concepto más que a clarificarlo” (Dupré, 2014, p. 14). El conocimiento biológico contemporáneo apoya más la idea de que los individuos no son las entidades fundamentales que pueblan el mundo, sino que son resultados, estabilizaciones de procesos. En este sentido, Alexandre Guay y Thomas Pradeu (2016, p. 318) argumentan que, al preguntarnos por la identidad de un individuo a través de una

conexión continua de estados temporales, el individuo no es un presupuesto, sino un producto de un proceso específico. Según este enfoque, el cambio es lo constante: cada individuo biológico es una entidad que existe de forma continuada a lo largo de su ciclo de vida, durante el cual se encuentra sujeto a cambios, transformaciones y metamorfosis. Estos cambios son de tal relevancia en el mundo viviente que permiten cuestionar la idea de identidad como la perpetuación de una determinada característica o esencia en el tiempo. La pregunta por la identidad, entonces, está vinculada con cómo el individuo biológico se mantiene siendo el mismo en el tiempo, a sabiendas de que el cambio continuo es condición necesaria para dicho mantenimiento (por ejemplo, a través de procesos metabólicos). De acuerdo con una concepción procesual de la ontología, lo que persiste en el tiempo es la forma del estado dinámico de los procesos. En otras palabras, un individuo biológico se mantiene vivo y siendo el mismo en el tiempo porque hay una continuidad de estados temporales y una dinámica de cambios suficientemente progresiva para poder seguir siendo identificado como el mismo organismo -aspecto que recibe la denominación de *genidentidad* (cfr. Guay & Pradeu, 2016, pp. 318-319).

Ahora bien ¿qué consecuencias presenta la adopción de una perspectiva procesual en el ámbito de la salud y, específicamente, para comprender la enfermedad? En el contexto de la salud humana, una ontología procesual conduce a considerar las causas de la estabilidad respecto de la salud y la enfermedad, antes que poner el foco en las causas del cambio exclusivamente. El modo en que se concibe la enfermedad está estrechamente vinculado con la concepción del organismo humano que se adopte, la cual presupone ciertos compromisos ontológicos. Dupré (2019) afirma que las enfermedades suelen ser concebidas como resultados de que determinadas “partes” de los organismos no funcionan, en consonancia con la idea tradicional de que un cuerpo enfermo es un cuerpo dañado, averiado o defectuoso. Por ello, los tratamientos consisten en “reparar” esas partes dañadas. En la actualidad, amplias áreas de la investigación médica se dedican a encontrar esas “partes” defectuosas, en particular, las moléculas defectuosas. Según Dupré, los humanos no solo presentan una multiplicidad de propiedades actuales, sino que también es importante considerar la trayectoria del sistema como un todo, esto es, cómo fluye el sistema a través de los diferentes estadios característicos del ciclo de vida humana (Dupré, 2019).

Esta propuesta amplía la perspectiva en cuanto a los modos tradicionales de concebir la enfermedad y tiene la ventaja de que es una posición filosófica que se apoya en el conocimiento biológico contemporáneo. Si adoptamos una ontología procesual, tanto la persona enferma como la propia enfermedad, en tanto procesos, deben entenderse como fundamentalmente relacionales. Los organismos biológicos (incluso enfatizando lo específicamente biológico de los organismos) son constituidos por su entorno y sus relaciones, lo que permite poner en cuestión la distinción entre

lo biológico y lo social, puesto que, en tanto procesos, los organismos son parte de procesos más amplios entre los que se encuentran procesos eminentemente sociales. En palabras de Dupré: “(...) el individuo humano es un proceso compuesto por múltiples subprocesos biológicos y dependiente de su participación en múltiples procesos sociales para sus características más distintivas” (Dupré, 2014, p. 14).

Creemos que es filosóficamente fértil pensar la enfermedad desde esta perspectiva, que pone el foco en los organismos como procesos, articulando de modo original la dimensión biológica y la social. De esta manera podemos argumentar en favor de una idea muy defendida en la actualidad en el campo de la epistemología feminista, de acuerdo con la cual las dicotomías naturaleza-cultura, cuerpo-mente son, en rigor, falsas dicotomías (Maffía, 2016, p. 141). También la adopción de una ontología procesual permite reformular el problema de la identidad personal en ocasión de un proceso de enfermedad, a lo que nos dedicaremos en la sección siguiente.

#### 4. La identidad personal del sujeto enfermo como procesual

Desde una perspectiva procesual, ¿es la enfermedad un simple factor de semejanza, como el crecimiento o el envejecimiento? La enfermedad parece ser algo cualitativamente distinto y, por tanto, distinguible de un proceso “normal” de crecimiento o envejecimiento. Y cuando una enfermedad es crónica, en nuestra cultura, es vivida más bien como un embate, un trastocamiento radical, una mutación de la identidad en un sentido profundo.

Por otra parte, no toda vida parece igualmente digna de ser narrada. Fernando Broncano (2013, p. 62) afirma que la concepción narrativa de la identidad supone la *dignidad de lo narrable*. Christine Korsgaard (1996) considera que el problema de la identidad es práctico y que solo puede ser entendido en relación con una valoración: la vida propia debe aparecérsenos como digna de ser vivida, así como las propias acciones como dignas de ser emprendidas. Marya Schechtman (1996) enfatiza la relación entre ética e identidad personal. En este sentido, considera más adecuado no poner el foco en la cuestión de la persistencia o la re-identificación, sino en la búsqueda de las condiciones que hacen que diversas características (acciones, experiencias, características psicológicas) se puedan atribuir a una persona.

Si pensamos en el marco del animalismo, que parece alejado de toda valoración posible, en tanto preocupación metafísica antes que práctica, ¿no suponen la mayoría de las posiciones cierta valoración sobre lo que un organismo debe ser? De hecho, en ocasión de su análisis sobre las críticas a la concepción psicologista, porque niega la intuición de que somos (o estamos íntimamente relacionados con) nuestros organismos, Eric Olson afirma que el caso paradigmático de un ser pensante parece

ser un organismo humano *adulto saludable* (Olson, 2023). Si los adultos saludables son el prototipo de un ser pensante, cabría preguntarse qué desafíos presenta la problemática de la niñez para la cuestión de la identidad personal, así como los desafíos que plantea respecto de la identidad personal la enfermedad infantil en el ámbito de la bioética (en relación, por ejemplo, con problemas clásicos como el de la autonomía).

Desde la perspectiva de una ontología procesual, los organismos biológicos como procesos son organismos, en rigor, biosociales. No se trata, entonces, de pensar cómo se articulan el proceso biológico de la enfermedad con el proceso narrativo de la identidad del sujeto-enfermo, porque eso supondría un dualismo. Como hemos señalado, el organismo como proceso contiene subprocesos y él mismo forma parte y se relaciona con otros procesos sociales; además, son estas relaciones las que determinan sus características y, por tanto, su identidad.

Por otra parte, si la enfermedad como proceso ya no puede ser pensada como un daño que debe repararse, sino que es ella misma proceso, determinada por su relación con el entorno (o proceso circundante), entonces la enfermedad no pone en riesgo la identidad, no es un embate o una irrupción que pone en jaque a la identidad, sino parte constitutiva de la misma, definida a su vez de manera relacional. Y al pensar la enfermedad como un proceso relacional, desde esta perspectiva metafísica, necesariamente constituyen la identidad de la persona enferma sus relaciones, las que involucran a familiares, cuidadores, médicos tratantes, enfermeros, y el sistema de salud. Pensar la enfermedad como proceso dentro de otros procesos también pone en cuestión la idea de una *normalidad* como *población sana* – no enferma. Ya no resulta fértil pensar en dos conjuntos sano / enfermo coextensivos con los conjuntos dignidad / indignidad. Estos tampoco permitirían delimitar las vidas dignas de ser narradas (sanas) de las que no lo son (enfermas).

En este sentido, nuestra propuesta es deudora del intento de superación del dualismo de Georges Canguilhem, quien negó la existencia de una dicotomía tajante y exhaustiva entre fenómenos normales y patológicos. De acuerdo con Canguilhem (1986; 2004), las anomalías no constituyen, en sí mismas, hechos patológicos, sino que cabe comprenderlas como variaciones, como expresiones de otras normas de vida. Las anomalías son consideradas patológicas cuando las normas que expresan se consideran convencionalmente inferiores (en estabilidad, fecundidad o variabilidad) en relación con las normas que, también de manera convencional, se consideran normales. Esta mirada no dualista ofrece una perspectiva de la identidad de la persona enferma que consideramos ventajosa, puesto que atiende a quienes sufren, contemplando preocupaciones prácticas y éticas, lo que representa un aporte importante al análisis metafísico de la identidad en términos procesuales.

Nuestra idea de la enfermedad como representación múltiple (Pérez Marc, 2007) y la mirada que ofrece una perspectiva procesual de la ontología respecto de la enfermedad

continúa esta línea propuesta por [Canguilhem \(1986; 2004\)](#), que subraya el carácter *normativo* de lo que se considera “normalidad” en salud.

Así como en el caso del abordaje de la identidad personal es necesario explicitar los supuestos ontológicos asumidos de manera no crítica (como el sustancialismo), del mismo modo, la enfermedad como un estado distinguible del estado de salud supone la adopción de ciertos preconceptos. Al asumir como punto de partida el marco de una ontología procesual, que permite pensar el individuo como un proceso biosocial relacional, entonces la identidad en la enfermedad (pero también en la salud) debe ser pensada en relación con la noción de *dependencia*.

Resulta pertinente extrapolar algunas ideas del debate sobre discapacidad a la cuestión de la enfermedad desde una perspectiva procesual. Eva Feder Kittay señala que el enfoque que da como resultado determinada normativa sobre la discapacidad (en EEUU), resulta problemático porque “exalta la independencia como el camino hacia la vida digna, y concibe la dependencia como una denigración de la persona.” ([Kittay, 2022, p. 207](#)). Se pregunta si no es mejor reconocer nuestra dependencia como una característica de toda vida humana. La distinción capacidad / discapacidad, supuestamente correlativa con el par independencia (autonomía) / dependencia, puede también relativizarse. En sus palabras:

Si concebimos a todas las personas como entrando y saliendo de relaciones de dependencia a través de diferentes etapas de la vida, y condiciones de salud y funciones, el hecho de que la persona con discapacidad requiera la asistencia de un cuidador no es la excepción, el caso especial. ([Kittay, 2022, p. 212](#))

Por el contrario, “(...) si nos vemos siempre como seres relacionales, entendemos que nuestro propio sentido de bienestar está ligado al cuidado adecuado y al bienestar del otro.” ([Kittay, 2022, p. 212](#)).

Si las personas son procesos, y si las relaciones con subprocesos y otros procesos resultan decisivas tanto para el propio ser como para la existencia y la persistencia de las personas, entonces la dependencia de estas interrelaciones puede ser interpretada como una virtud. En este sentido, se pone de manifiesto lo que [Alasdair MacIntyre \(1999\)](#) denomina “las virtudes del reconocimiento de la dependencia” ([Kittay, 2022, p. 216](#)). Asumir, desde una perspectiva ontológica, el rol fundamental de la dependencia y las relaciones también permite pensar la enfermedad y la salud de manera relacional y contingente. Quizás esto es más difícil en el caso de las enfermedades crónicas, puesto que la enfermedad no puede ser concebida como coyuntural. Pero sí todo estado de salud debe pensarse como contingente. Es cierto que algunas personas enfermas no pueden curarse, pero toda persona sana puede eventualmente enfermarse.

## Conclusiones: Nuevos problemas para una ontología procesual de la enfermedad

En este trabajo nos hemos referido al debate sobre la identidad personal en el marco de la metafísica analítica del siglo XX, a sus problemas y a las soluciones que encuentra una visión más amplia, el narrativismo, sobre la identidad de las personas. Hemos pensado este problema filosófico clásico, el de la identidad personal, para el fenómeno de la enfermedad, y hemos argumentado que una concepción procesual de la ontología ofrece un marco propicio para dar cuenta de la identidad de la persona enferma y de la enfermedad en términos procesuales. Esta ontología permite poner el foco en el organismo biológico, pero esta noción no debe ser insertada en una tradición dualista.

Hemos articulado la cuestión de la identidad personal con el fenómeno de la enfermedad, desafiando los modos habituales de comprender la enfermedad en nuestra sociedad a partir de una concepción procesual. Con independencia de la cuestión de la enfermedad, consideramos que el marco de una ontología procesual es ventajoso también respecto de las respuestas tradicionales a la cuestión filosófica de la identidad personal. Si bien no es nuestro propósito desarrollar esto aquí –y creemos que merecería un desarrollo específico–, podemos afirmar que el enfoque procesual recoge las preocupaciones prácticas que el debate analítico en ocasiones soslaya. En este sentido, nuestra posición se propone, en la línea de [Schechtman \(2014\)](#), superar la simple búsqueda de un criterio de reidentificación, superar también las miradas dualistas y reduccionistas en las que incurren los criterios psicologistas y biologicistas, así como ampliar la mirada narrativista. Si bien nuestra propuesta tiene puntos de encuentro con la de [Schechtman \(2014\)](#), en tanto la identidad es la de una entidad compleja de carácter social, biológico y psicológico, también se distancia de ella en puntos importantes. Para una ontología procesual, por ejemplo, no cabe adscribir personeidad a los fetos, pues un feto debe ser comprendido como un subproceso de un proceso mayor y no como una persona distinta de la persona gestante. No entraremos en este debate ahora, pero resultan relevantes las consecuencias éticas y bioéticas de estas propuestas; algunas han sido abordadas en los debates en torno a la legalización del aborto en distintos países en los últimos años –como es el caso de Argentina.

Muchos interrogantes se abren para seguir trabajando en el ámbito de las ciencias médicas: ¿cómo puede pensarse la medicina personalizada desde la perspectiva procesual? La denominada *medicina personalizada* se puede caracterizar, en sentido amplio, como una individualización de la atención médica que se adapta a las diferencias inter-individuales, en la medida de lo posible, en todas las etapas del proceso de enfermedad (prevención, diagnóstico, tratamiento y post-tratamiento) (ESF, 2012). Este enfoque médico utiliza principalmente la caracterización de los fenotipos y genotipos individuales de los pacientes (perfiles moleculares ómicos como el genoma y el metaboloma, imágenes médicas, grandes bases de datos de estilo de vida) para

adaptar a una persona la estrategia terapéutica adecuada en el momento adecuado, o bien para determinar su predisposición a una determinada enfermedad y brindar una prevención oportuna y específica. Esta concepción de la personalización, no obstante, se fundamenta principalmente en una visión *molecularizada* de las enfermedades (cfr. Bell, 2013, p. 136). Esto pone de relieve varios aspectos de relevancia. Por un lado, uno tanto metafísico como epistémico (y con indudables consecuencias socio-políticas) acerca de cómo deben ser interpretados los biomarcadores moleculares de procesos patológicos o tratamientos farmacológicos, a la luz de la consideración de la dimensión individual entendida, a su vez, bajo un enfoque procesual de los individuos y de las enfermedades. Otro aspecto involucrado es el de la determinación, definición y delimitación de los “individuos normales”. Siguiendo a Canguilhem (1986), la delimitación entre normal y patológico responde a una convención, y la perspectiva procesual desafía la propia dicotomía. Asumir un enfoque procesual de la ontología en el campo de la salud, atendiendo a la *molecularización* de la medicina y de las enfermedades, pone de relieve desafíos importantes para la cuestión de la identidad personal: permite poner en cuestión un enfoque reduccionista, redefiniendo el nivel molecular en términos procesuales.

Por otra parte, la agencia nacional estadounidense de investigación en medicina NIH (*National Institutes of Health*) implementó en 2016 la normativa que exige que las investigaciones en biomedicina incluyan materiales “de ambos sexos” (masculinos y femeninos) en toda investigación. Las agencias de financiación, revistas especializadas y compañías farmacéuticas han establecido los lineamientos para la consideración del sexo como variable biológica: la normativa SABV (“*sex as a biological variable*”). Cabe preguntarse si una ontología procesual puede arrojar luz sobre las denominadas características sexuales, sobre el sexo/género, y sobre la aplicación de la normativa SABV (cfr. Richardson, 2022), que se está extendiendo internacionalmente.

Algunas posiciones críticas señalaron que, establecida esta normativa, el sexo se operacionaliza de una única manera, asumiendo de manera no crítica el binarismo masculino / femenino. Steven Epstein sostiene que documentar las diferencias sexuales puede ser importante, pero sobredimensionarlas puede contribuir en la producción de estereotipos sexuales en la investigación clínica y en el laboratorio. A su vez, puede conducir tanto a la perpetuación de una visión de las diferencias sexuales como biológicas y no como también culturales, como a la perpetuación de la exclusión o subrepresentación de ciertos grupos (Epstein, 2007, p. 253-254). Por último, Sarah Richardson (2022) cuestiona que la normativa SABV contiene afirmaciones esencialistas sobre las diferencias sexuales humanas.

Excede por completo los propósitos de este trabajo referir a los extensos y profundos debates que han tenido lugar en filosofía feminista y en epistemología feminista, acerca de si debe sostenerse que hay una distinción entre sexo biológico y género, o es más adecuado referirse a una entidad sexo/género. Si bien no podemos abordar

esto aquí, sí cabe pensar que la adopción de un enfoque procesual de la ontología permite entender el sexo-género y las características sexuales como procesos (y los distintos niveles de las variaciones sexuales como subprocesos dentro de procesos), como procesos bio-sociales, es decir, en el marco de una ontología biosocial no dualista. Por otra parte, si en la línea de [Canguilhem \(1986\)](#) –nuevamente– lo que se suele considerar “normal” expresa en rigor una normativa, de manera que lo que se considera “patológico” es interpretado como desviación respecto de una norma, el enfoque procesual, al superar este dualismo, permite reinterpretar como variaciones en lugar de patologías lo que la medicina denomina desórdenes del desarrollo sexual (DSD –“*disorders of sex development*”).

El enfoque procesual podría tener impacto para comprender, asimismo, los avances en materia de manipulación genética, o podría impactar también en la consideración de las denominadas enfermedades *mentales*. Esta propuesta podría tener importantes consecuencias para abordar filosóficamente estas intersecciones ineludibles entre metafísica, ética y política en el campo específico de las ciencias de la salud.

## Bibliografía

- Alassia, F. (2022). ¿Es posible una ontología procesual de las entidades bioquímicas? Consideraciones a partir del caso de los receptores celulares y la señalización celular. *Estudios de Filosofía*, 65, 153-175. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.345867>
- Arfuch L. (Comp.) (2002). *Identidades, sujetos y subjetividades*. Prometeo.
- Ayer, A. J. (1936). *Language, Truth, and Logic*. Gollancz.
- Ayers, M. (1990). *Locke*. (Vol. 2). Routledge.
- Bell, K. (2013). Biomarkers, the molecular gaze and the transformation of cancer survivorship. *BioSocieties*, 8, 124-143. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2013.6>
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573. <https://doi.org/10.1086/288768>
- Broncano, F. (2013). *Sujetos en la niebla: Narrativas sobre la identidad*. Herder Editorial. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k4sv>
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Amorrortu.
- Carter, W. R. (1989). How to change your mind. *Canadian Journal of Philosophy*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/00455091.1989.10716464>
- Córdoba, M. (2015). Entre la esencia y la ausencia de la identidad personal. La obsesión por las determinaciones únicas, en C. Vanney y O. Lombardi (Ed.), *Fronteras del determinismo científico*. Filosofía y ciencias en diálogo (pp. 201-212). Biblioteca Nueva.

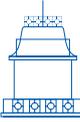
- Córdoba, M. (2017). Identidad personal. Diccionario interdisciplinar Austral (DIA). Recuperado el 11 de diciembre de 2023, de [http://dia.austral.edu.ar/Identidad\\_personal](http://dia.austral.edu.ar/Identidad_personal)
- Córdoba, M. (2020). La identidad como potencia: Del fracaso metafísico de lo biológico a la resistencia política de la restitución. *Revista de Filosofía*, 45(2), 203-225. <https://doi.org/10.5209/resf.72289>
- DeGrazia, D. (2005). *Human Identity and Bioethics*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511614484>
- Dupré, J. (2014). Animalism and the persistence of human organisms. *The Southern Journal of Philosophy*, 52, 6-23. <https://doi.org/10.1111/sjp.12065>
- Dupré, J. (2015). A process ontology for biology. *Physiology News*, 100, 33-34. <https://doi.org/10.36866/pn.100.33>
- Dupré, J. (2018). Processes, organisms, kinds, and the inevitability of pluralism. En O. Bueno, R. L. Chen y M. B. Fagan (Ed.), *Individuation, Process, and Scientific Practices* (pp. 21-39). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190636814.003.0002>
- Dupré, J. (2019). Life as process and other issues in the philosophy of biology / Entrevistado por Richard Marshall. 3:16. Recuperado el 11 de diciembre de 2023, de <https://www.3-16am.co.uk/articles/life-as-process-and-other-issues-in-the-philosophy-of-biology>
- Dupré, J. (2020). Processes within Processes: A Dynamic Account of Living Beings and Its Implications for Understanding the Human Individual. En A. S. Meincke y J. Dupre (Ed), *Biological Identity: Perspectives from Metaphysics and the Philosophy of Biology* (pp. 149-166). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351066389>
- Dupré, J. (2021). *The Metaphysics of Biology. Elements in the Philosophy of Biology*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009024297>
- Dupré, J. y Nicholson, D. (2018). A manifesto for a processual philosophy of biology. En D. Nicholson y J. Dupré, J. (Eds.), *Everything flows: towards a processual philosophy of biology* (pp. 3-45). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198779636.003.0001>
- Epstein, S. (2007). *Inclusion: The politics of difference in medical research*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226213118.001.0001>
- [ESF] European Science Foundation (2012). *Personalised Medicine for the European Citizen- Towards More Precise Medicine for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Disease*. ESF.
- Foucault, M (2010). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.
- Garrett, B. (1998). *Personal Identity and Self-Consciousness*. Routledge.
- Guay, A. y Pradeu, T. (2016). To Be Continued: The Genidentity of Physical and Biological Processes. En A. Guay y T. Pradeu (Ed.), *Individuality Across the Sciences* (pp. 317- 347). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199382514.003.0017>

- Guttinger, S. (2018). A process ontology for macromolecular biology. En D. Nicholson y J. Dupré (Ed.), *Everything flows: towards a processual philosophy of biology* (pp. 303-320). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198779636.003.0015>
- Gruen, L. (2021). The Moral Status of Animals. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado el 28 de febrero de 2024, de <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/moral-animal/>
- Hudson, H. (2001). *A Materialist Metaphysics of the Human Person*. Cornell University Press. <https://doi.org/10.7591/9781501725715>
- Johnston, M. (1987). Human beings. *The Journal of Philosophy*, 84(2), 59-83. <https://doi.org/10.2307/2026626>
- Johnston, M. (2007). "Human Beings" Revisited: My Body is not an Animal. En D. Zimmerman (Ed.), *Oxford Studies in Metaphysics* (Vol. 3) (pp. 33-74). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199218394.003.0002>
- Kearney, M., y Rieppel, O. (2023). A process ontology of organisms and its connection to biological individuality concepts. *Organisms Diversity & Evolution*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s13127-022-00584-6>
- Kittay, E. F. (2022). La ética del cuidado, la dependencia y la discapacidad. En M. Cavallo y A. R. Michel (Comp.), *Autonomía y feminismos* (pp. 205-217). Ediciones Didot. <https://doi.org/10.2307/jj.2321926.9>
- Korsgaard, C. (1996). *Creating the Kingdom of Ends*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139174503>
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la Enfermedad: Estudio Etnológico de los Sistemas de Representaciones Etiológicas y Terapéuticas en la Sociedad Occidental Contemporánea*. Ediciones del Sol.
- Lewis, D. (1976). Survival and identity. En A. Rorty (Ed.), *The Identity of Persons* (pp. 17-40). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520353060-002>
- Locke, J. (1980). *Ensayo sobre el entendimiento humano* (Trad. M. E. García). Editora Nacional (Trabajo original publicado en 1690).
- MacIntyre, A. (1984). *After Virtue*. University of Notre Dame Press.
- MacIntyre, A. (1997). The Virtues, the Unity of a Human Life and the Concept of a Tradition. En S. Hauerwas y L. Gregory Jones (Ed.), *Why Narrative? Readings in Narrative Theology* (pp. 89-110). Wipf and Stock Publishers.
- MacIntyre, A. (1999). *Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues* (Vol. 20). Open Court Publishing.
- Mackie, D. (1999). Personal Identity and Dead People. *Philosophical Studies*, 95, 219-242. <https://doi.org/10.1023/A:1004239225105>

- Maffía, D. (2016). Contra las dicotomías. Feminismo y epistemología crítica. En C. Korol (Comp.), *Feminismos Populares. Pedagogías y políticas* (pp. 139-153). Ediciones América Libre, Editorial El Colectivo, Chirimbote.
- Meincke, A. S. (2018). Persons as biological processes: A bio-processual way out of the personal identity dilemma. En D. Nicholson y J. Dupré (Ed). *Everything flows: towards a processual philosophy of biology* (pp. 357-378). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198779636.003.0001>
- Nicholson, D. J. (2019). Is the cell really a machine? *Journal of Theoretical Biology*, 477, 108-126. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2019.06.002>
- Nicholson, D. y Dupré, J. (Ed.) (2018). *Everything flows: towards a processual philosophy of biology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198779636.001.0001>
- Noonan, H. (1998). Animalism versus Lockeanism: A Current Controversy. *The Philosophical Quarterly*, 48, 302-318. <https://doi.org/10.1111/1467-9213.00102>
- Noonan, H. (2003). *Personal Identity* (2ª Ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203428351>
- Nordenfelt, L. (1995). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Springer Science & Business media. <https://doi.org/10.1007/978-94-011-0241-4>
- Nozick, R. (1981). *Philosophical Explanations*. Harvard University Press.
- Olson, E. (1997). *The Human Animal: Personal Identity Without Psychology*. Oxford University Press.
- Olson, E. (2003). An Argument for Animalism. En R. Martin y J. Barresi (Ed.), *Personal Identity*. Blackwell readings in philosophy (pp. 318-334). Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470998762.ch15>
- Olson, E. (2023). Personal Identity. En E. N. Zalta y U. Nodelman (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado el 11 de diciembre de 2023, de <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/identity-personal/>
- Parfit, D. (1971). Personal Identity. *Philosophical Review*, 80(1), 3-27. <https://doi.org/10.2307/2184309>
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford University Press.
- Pérez Marc, G. (2007). Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(2), 134-142. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2007/v105n2a08.pdf>
- Pérez Marc, G. (2010). Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(5), 434-437. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n5a09.pdf>
- Perry, J. (1972). Can the Self Divide? *Journal of Philosophy*, 69(16), 463-488. <https://doi.org/10.2307/2025324>

- Richardson, S. (2022). Contextualismo sexual. *Análisis Filosófico*, 42(2), 387-412. <https://doi.org/10.36446/af.2022.687>
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Siglo XXI.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y naratividad*. Paidós.
- Rorty, A. (Ed.) (1976). *The Identities of Persons*. University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520353060>
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. Tecnos.
- Schechtman, M. (1996). *The Constitution of Selves*. Cornell University Press.
- Schechtman, M. (2014). *Staying Alive: Personal Identity, Practical Concerns, and the Unity of a Life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199684878.001.0001>
- Seibt, J. (2021). Process Philosophy. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado el 11 de diciembre de 2023, de <https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/process-philosophy/>
- Shoemaker, S. (1970). Persons and Their Pasts. *American Philosophical Quarterly*, 7(4), 269-285.
- Shoemaker, S. (1984). Personal Identity: A Materialist's Account. En S. Shoemaker y A. Swinburne (Ed.). *Personal Identity*. Blackwell.
- Shoemaker, S. (1997). Self and substance. *Philosophical Perspectives*, 11, 283-304. <https://doi.org/10.1111/0029-4624.31.s11.13>
- Shoemaker, S. (1999). Self, Body, and Coincidence. *Proceedings of the Aristotelian Society (Supplementary Volume)*, 73(1), 287-306. <https://doi.org/10.1111/1467-8349.00059>
- Shoemaker, D. (2021). Personal Identity and Ethics. En E. N. Zalta y U. Nodelman (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado el 11 de diciembre de 2023, de <https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/identity-ethics/>
- Snowdon, P. (1990). Persons, Animals, and Ourselves. En C. Gill (Ed.), *The Person and the Human Mind: Issues in Ancient and Modern Philosophy* (pp. 83-107). Clarendon Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198244608.003.0005>
- Snowdon, P. (1996). Persons and Personal Identity. En S. Lovibond y S. G. Williams (Ed.), *Essays for David Wiggins: Identity, Truth and Value* (pp. 33-48). Blackwell.
- Stein, R. L. (2006). A process theory of enzyme catalytic power - the interplay of science and metaphysics. *Foundations of Chemistry*, 8, 3-29. <https://doi.org/10.1007/s10698-005-7907-8>
- Taylor, C. (1989). *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*. Harvard University Press.
- Thomson, J. J. (1997). People and Their Bodies. En J. Dancy (Ed.), *Reading Parfit* (pp. 202-229). Blackwell.
- Unger, P. (1990). *Identity, Consciousness, and Value*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195054019.001.0001>

- Unger, P. (2000). The Survival of the Sentient. En J. Tomberlin (Ed.), *Philosophical Perspectives*, (Vol. 14: Action and Freedom) (pp. 325-348). Blackwell. <https://doi.org/10.1111/0029-4624.34.s14.17>
- Wiggins, D. (1980). *Sameness and Substance*. Blackwell.
- Williams, B. (1957). Personal Identity and Individuation. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 57(1), 229-252. <https://doi.org/10.1093/aristotelian/57.1.229>
- Williams, B. (1970). The Self and the Future. *Philosophical Review*, 79(2), 161-180. <https://doi.org/10.2307/2183946>
- Wollheim, R. (1984). *The Thread of Life*. Cambridge University Press.



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad: un enfoque fenomenológico\*

Xavier Escribano

Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España  
xescriba@uic.es

Recibido: 9 de octubre de 2023 | Aprobado: 23 de noviembre de 2023

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355095>

**Resumen:** El propósito del presente artículo consiste en mostrar cómo el desarrollo de una *fenomenología del cuerpo vivido* resulta de especial interés para una elucidación filosófica de la enfermedad que se haga cargo de la perspectiva del paciente en su específica relevancia teórica. A partir de una crítica al paradigma cartesiano del cuerpo-máquina y a la consiguiente *des-enfatización* de la experiencia personal de la enfermedad, se mostrará cómo la perspectiva fenomenológica permite dar cuenta de los elementos constitutivos de la enfermedad vivida en primera persona, como alteración o desintegración del nexo yo-cuerpo-mundo-otros. Finalmente, se abordará la cuestión de la respuesta física, emocional y cognitiva a la enfermedad y el modo en que las reflexiones fenomenológicas sobre la enfermedad convergen en una reflexión acerca de la identidad, la vulnerabilidad y el reconocimiento.

**Palabras clave:** cuerpo vivido, cuerpo-máquina, experiencia de la enfermedad, fenomenología, vulnerabilidad

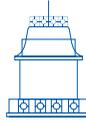
\* Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto de investigación "Fenomenología del cuerpo y experiencias de gozo" PID2021-123252NB-I00, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España.

## Cómo citar este artículo

Escribano, X. (2024). Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 60-76. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355095>

OPEN  ACCESS





## Lived body and experience of illness: a phenomenological approach

**Abstract:** This article aims to show how the development of a *phenomenology of the lived body* is of special interest for a philosophical elucidation of the illness that takes charge of the patient's perspective in its specific theoretical relevance. Starting from a critique of the Cartesian paradigm of the body-machine and the consequent *de-emphasis* of the personal experience of the disease, it will be shown how the phenomenological perspective allows us to account for the constituent elements of the illness experienced in the first person, such as alteration or disintegration of the link I-body-world-others. Finally, the question of the physical, emotional and cognitive response to the disease and how phenomenological reflections on the disease converge in a reflection on identity, vulnerability, and recognition will be addressed.

**Keywords:** lived body, body-machine, experience of illness, phenomenology, vulnerability

**Xavier Escribano:** profesor de Antropología Filosófica en la Universitat Internacional de Catalunya en Barcelona (España). Autor de la monografía *Sujeto encarnado y expresión creadora. Una aproximación al pensamiento de Maurice Merleau-Ponty* (Ed. Prohom, Cabriels, 2004). Sus principales intereses se centran en la fenomenología de la corporalidad y en la aportación de la reflexión antropológica a las ciencias de la salud. Es miembro del proyecto de investigación financiado por el gobierno de España "Fenomenología del cuerpo y experiencias de gozo" y dirige desde 2012 el grupo de investigación en Antropología de la Corporalidad SARX, desde el que ha coordinado y editado la obra *De pie sobre la tierra: caminar, correr, danzar. Ensayos filosóficos e interdisciplinarios de antropología de la corporalidad* (Ed. Síntesis, Madrid, 2019).

**Orcid:** 0000-0003-4432-9222



*La enfermedad hace al hombre más corpóreo,  
lo convierte enteramente en cuerpo*

Thomas Mann, *La montaña mágica*

## 1. Fenomenología de la enfermedad.

En un artículo titulado *On Being Ill*, publicado en la revista *New Criterion*, en enero de 1926, Virginia Woolf se lamentaba de que la enfermedad no figurara entre los grandes temas literarios, atribuyendo esta desatención a la preferencia de los autores por las pasiones del alma –y no tanto por los desarreglos corporales– y a la pobreza de la lengua inglesa para expresar el dolor físico (Woolf, 2014). Así pues, a pesar del gran protagonismo que para la persona enferma puedan llegar a tener las sensaciones desagradables, el malestar o el dolor que comporta su afección, no cabe duda de que el deseo o la necesidad de expresar tal tipo de experiencias puede topar con la dificultad intrínseca de encontrar un lenguaje apropiado o también, a nivel social, con la falta de reconocimiento otorgado al sujeto de la narración, en este caso, la persona enferma. El enfoque teórico de la fenomenología, en cambio, privilegia la perspectiva de la experiencia en primera persona y, en este sentido, puede aportar valiosos instrumentos conceptuales y descriptivos para hacerse cargo de la enfermedad tal como es vivida o experimentada, tanto en su significación individual, como, a la vez, poniendo de relieve elementos estructurales comunes con validez general o universal.

Es importante destacar, desde el primer momento, que la perspectiva fenomenológica, en su atención a la experiencia de la enfermedad vivida en primera persona, no debe confundirse con una descripción de estilo narrativo o biográfico, con la finalidad de sensibilizar a la sociedad, humanizar la atención sanitaria o contribuir a hacerse cargo de la complejidad de ciertas problemáticas bioéticas. Esa visión limitada de la fenomenología de la enfermedad no es infrecuente en los manuales de filosofía de la medicina, que reducen a la controversia entre “naturalismo” y “construccionismo” todo el debate teórico relevante en torno al concepto de enfermedad (Saborido, 2020) y también en el creciente ámbito de los estudios cualitativos (Bağ, 2019; Earle, 2010). La fenomenología pretende tener un impacto teórico en la conceptualización de la enfermedad: se trata de elucidar filosóficamente la experiencia de la enfermedad que se halla a la base, tanto de las formulaciones científicas, como de los constructos culturales. No se trata, por tanto, únicamente, de mostrar la relevancia “humana” de una consideración de la enfermedad en primera persona, sino de reivindicar su relevancia “teórica”, es decir, “eidética”, y sacar a relucir estructuras subyacentes e invariantes que nos permiten acercarnos a la comprensión del fenómeno en su universalidad (Carel, 2011).

El propósito del presente trabajo consiste en mostrar, con la ayuda de variados ejemplos, cómo el desarrollo de una *fenomenología del cuerpo* resulta de especial interés para una elucidación filosófica de la enfermedad que se haga cargo de la perspectiva del paciente en su específica relevancia teórica. Para llevar a cabo este objetivo, seguiremos la estela de una constelación de autores, dentro de la tradición fenomenológica contemporánea, que en las últimas cuatro décadas han dedicado una atención, si no única, al menos sí preferente a un conjunto de temáticas, como la salud, la enfermedad, la discapacidad, el dolor o la muerte, y cuyo trabajo se inscribiría en un área temática que podría denominarse –como hace Havi Carel en su monografía de 2016– *Phenomenology of Illness*.<sup>1</sup> Según la misma autora, uno de los presupuestos fundamentales compartidos por esta concreta tradición de reflexión fenomenológica sobre la enfermedad es precisamente la idea de que “para describir la experiencia de la enfermedad necesitamos un enfoque fenomenológico que dé cuenta del papel central del cuerpo en la vida humana y que reconozca la primacía de la percepción” (Carel, 2011, p. 35)<sup>2</sup>.

Uno de los acicates para emprender una mirada de conjunto a la tradición fenomenológica en torno a la experiencia de la enfermedad es la existencia de un *corpus* bibliográfico compacto y bien definido. Una serie de hitos editoriales, distribuidos a lo largo del período relativamente amplio de las cuatro últimas décadas, marcan una línea definida de desarrollo y progresión creciente de un ámbito de estudio y de un peculiar enfoque a partir de la obra que –si nos restringimos únicamente al ámbito anglosajón– podría considerarse fundacional de Richard Zaner, *The Context of Self* (1981), a la que sigue el extraordinario trabajo de Drew Leder, *The Absent Body* (1990), el reconocido título de S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness* (1993) o los más recientes trabajos de Fredrik Svenaeus, *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health* (2001), Jenny Slatman, *Our Strange Body* (2014) y Havi Carel, *Phenomenology of Illness* (2016).<sup>3</sup>

Resulta destacable, y no meramente anecdótica, la relación de familiaridad o de connaturalidad que los autores citados mantienen con el fenómeno estudiado: o bien

- 
- 1 A pesar de nuestra preferencia por “fenomenología de la enfermedad” como denominación genérica, la terminología para referirse a este ámbito temático no se encuentra definitiva ni unánimemente fijada: Svenaeus se refiere a ella como *phenomenology of health and illness* (2001) y, en otro trabajo posterior, como *phenomenology of medicine* (2013); o, por citar otro ejemplo, Jenny Slatman emplea la denominación *phenomenology of health and medicine* (2014).
  - 2 El papel central otorgado al cuerpo en el desarrollo de una “fenomenología de la enfermedad” podría generar la crítica de haber incurrido en una omisión de las enfermedades “mentales” y en una desatención del ámbito médico de la psiquiatría. Sin embargo, existe una abundante bibliografía acerca del enfoque fenomenológico de la enfermedad mental y de la importancia de trascender, precisamente en este campo, el dualismo mente/cuerpo (Matthews, 2007; Ratcliffe, 2008; Stanghellini, 2004).
  - 3 No se trata, ni mucho menos, de un elenco exhaustivo. Otros autores, inscritos en la misma tradición fenomenológica, como Saulius Geniusas o Agustín Serrano de Haro, por ejemplo, abordan temáticas afines, como la experiencia del dolor físico, con notable continuidad y relevancia en el marco de recientes investigaciones. Véase, por ejemplo, el monográfico sobre *Fenomenología del dolor*, coordinado por Ariela Battan Horenstein (2019), en *Isegoría*, (60).

por haber realizado estudios médicos, o bien por desarrollar sus encargos docentes en centros vinculados a las profesiones sanitarias, o bien por tratarse ellos mismos de enfermos crónicos con una intensa vivencia personal de los efectos devastadores de la enfermedad y de la transformación —a veces verdadera distorsión— del mundo vital que ocasiona. Podría decirse que en estos casos, no solo se lleva a cabo una fenomenología *de* la enfermedad, sino una fenomenología *desde* la enfermedad.

Además de que la experiencia en primera persona constituye una perspectiva privilegiada para describir la vivencia de la enfermedad, también resulta de especial utilidad para iluminar el enigmático fenómeno de la salud, que, como se ha señalado con frecuencia, permanece ordinariamente velado (Gadamer, 2001). En efecto, como dice Fredrik Svenaeus “la salud no es algo *hacia*, sino *a través de* lo cual vivimos” (Svenaeus, 2001, p. 89) y habitualmente se esclarece a través de experiencias que contrastan con ella (Leder, 2004). Susan Kay Toombs, por ejemplo, afectada de esclerosis múltiple —cuya vivencia de los desórdenes motores que implica describe minuciosamente, como veremos— lo expresa del siguiente modo: “Ahora percibo el movimiento ‘normal’ como un logro extraordinario... No puedo recrear o volver a imaginar la sensación corpórea de caminar” (Toombs, 2001, p. 254). Podría decirse, pues, retomando las clásicas consideraciones de Buytendijk sobre el placer y el dolor, que la salud, así como el bienestar o el placer, van acompañados de un estado de no reflexión, mientras que el dolor, o la enfermedad, son fenómenos que invitan, o incluso obligan, a la reflexión (Buytendijk, 1958). En la misma línea, afirma Leder: “Estar sano supone encontrarse liberado de algunas de las limitaciones y problemas que promueven la auto-reflexión” (Leder, 2004). En efecto, el carácter intrínsecamente filosófico de la enfermedad tiene que ver con la ruptura y la distancia que impone respecto a un estadio temporal inmediatamente anterior que, de resultados de la enfermedad, se destaca cualitativa y luminosamente por primera vez. De repente, lo que dábamos por supuesto, sin prestarle especial atención, el hecho de que podíamos habitar familiarmente o aproblemáticamente el mundo (Svenaeus, 2001), revela su importancia a la vez que su fragilidad. Havi Carel, a este respecto, defiende una “productividad filosófica de la enfermedad”, en tanto que nos distancia de lo que dábamos por hecho y revela inadvertidos aspectos en la existencia humana: “la enfermedad es un instrumento filosófico de utilidad en la medida en que arroja luz sobre la estructura y sentido tanto de la experiencia humana normal, como de la patológica” (Carel, 2016, pp. 5, 103). Ese es el sentido en el que Anatole Broyard, en su vibrante crónica de paciente terminal, confiesa que la grave enfermedad que le aqueja “apesta a revelación” y le coloca en una situación de verdadera ebriedad existencial, dotada de una especial lucidez para hacerse cargo de la significación de la vida (Broyard, 2013).

Otro aspecto destacable en la tradición fenomenológica que aborda las cuestiones relativas a la salud, la enfermedad y la medicina es el sentido compartido de “crisis

del sistema”. En la línea de la *Krisis* husserliana, no se cuestionan los resultados espectaculares de la moderna tecnomedicina, sino que se apunta a los efectos erosionantes de un déficit de sentido en la orientación misma de la práctica médica. Los autores a los que hacemos referencia comparten una preocupación por la “deshumanización” de la medicina y por la hipertrofia de la mediación tecnológica, especialmente en la relación médico-paciente (Svenaesus, 2013, pp. 108-109; 2019, pp. 131-144). Esta reflexión de corte humanista ha aproximado la fenomenología a la investigación cualitativa que se lleva a cabo, por ejemplo, en el campo de la Enfermería y que trata de comprender y de dar voz a la perspectiva del paciente (Carel, 2013; Embree, 2018). Existe, pues, el convencimiento de que el desarrollo de la perspectiva fenomenológica puede mitigar, en cierta medida, algunos de los aspectos deshumanizadores del paradigma biomédico (Toombs, 1988) y que puede “arrojar algo de luz en algunos puntos ciegos de la medicina moderna” (Svenaesus, 2013). Toombs ve que la perspectiva fenomenológica da cuenta, por ejemplo, de las modificaciones o alteraciones que se pueden producir en la experiencia vivida del espacio, del tiempo o del propio cuerpo, un modo de hacerse cargo de la experiencia de la enfermedad con una posible eficacia terapéutica (Toombs, 2001). He aquí, pues, una interesante circularidad entre, por un lado, el valor *hermenéutico* de la enfermedad y, por otro, el valor *terapéutico* de la fenomenología.

Finalmente, cabe anotar que en este trabajo se presenta la fenomenología de la enfermedad como un *corpus* cohesionado y relativamente unitario, sin destacar entre sus representantes discrepancias teóricas de fondo, direcciones filosóficas antagónicas, ni tampoco críticas o refutaciones relevantes. En efecto, la constelación de autores considerada aquí –que constituye un particular elenco y que no pretende ser exhaustiva ni tampoco excluyente– no solo destaca por la continuidad y coherencia de sus planteamientos, sino también por una acusada “conciencia de tradición” entre sus miembros más representativos, que se hace explícita en el reconocimiento de su mutua inspiración y de las deudas teóricas recíprocas (Carel, 2011; 2012; Svenaesus, 2013; Toombs, 2001b). Comparten también las principales fuentes textuales en la tradición fenomenológica clásica, destacando las continuas referencias a Edmund Husserl, Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Aron Gurwitsch y Martin Heidegger, entre otros, de los que se hace un uso relativamente instrumental y hasta cierto punto ecléctico. Así pues, uno de los rasgos que caracteriza a los integrantes de esta particular línea de reflexión fenomenológica sobre la enfermedad es el interés prioritariamente descriptivo por el fenómeno mismo, más allá del cuestionamiento de la consistencia de los modelos teóricos en los que las categorías empleadas para iluminar el fenómeno de la enfermedad se sustentan. El interés prioritario por la eficacia descriptiva de los instrumentos conceptuales empleados, más allá de la discusión acerca de los compromisos ontológicos o metafísicos que tales categorías implican, se debe a una orientación global de esta particular tradición

fenomenológica hacia la práctica: las “herramientas conceptuales” empleadas (Svenaesus, 2001, p. 127), ya se deban en su origen a uno u otro de los grandes representantes de la fenomenología clásica,<sup>4</sup> se ponen al servicio de una comprensión de la experiencia de la enfermedad, de la que en último término se espera un beneficio terapéutico, asistencial y social. En este sentido, podría decirse que nos hallamos ante una fenomenología eminentemente aplicada.<sup>5</sup>

## 2. El paradigma cartesiano y la biomedicina

Uno de los motivos más recurrentes en el punto de partida de la fenomenología de la enfermedad es la crítica al paradigma cartesiano, entendido como la ontología y la antropología implícita de la medicina moderna. En el sistema mecanicista de Descartes la naturaleza se reduce a extensión y el cuerpo humano es concebido según el modelo de la máquina: “En el núcleo central de la práctica médica moderna –sostiene Leder– se halla la revelación cartesiana: *el cuerpo viviente puede tratarse como algo que no es esencialmente diferente de una máquina*” (Leder, 1992, p. 23). Esa sigue siendo la imagen del cuerpo que impera en la medicina moderna:

El cuerpo médico (*medical body*) no se contempla como una realidad intencional y animada; tampoco como el escenario de dramas morales; ni como el lugar en donde convergen fuerzas cosmológicas y sociales; sino simplemente como una compleja máquina. Esa máquina, según el modelo, opera de acuerdo con una variedad de fuerzas físicas: eléctricas, químicas, hidrodinámicas, etc. Si la máquina se estropea, en forma de herida o enfermedad, el médico trata de repararla, haciendo uso de un repertorio de conocimientos acerca de cómo funciona la máquina y empleando las técnicas de reparación. Desarrollar esta ciencia y tecnología es la finalidad del progreso médico (Leder, 1992b, p. 3).

En consecuencia, en la aproximación al conocimiento objetivo del cuerpo, se privilegia la disección del cadáver –practicada por el propio Descartes de manera intensiva– como espacio de revelación del funcionamiento del mecanismo corporal.

4 Figuras clásicas de la tradición fenomenológica de los que cada uno de los autores mencionados hace un uso discrecional, según sus preferencias o afinidades: mientras que Havi Carel, por ejemplo, asume en buena medida la fenomenología de la corporalidad de Merleau-Ponty en sus análisis de la experiencia de la enfermedad y en sus detalladas descripciones de la “*breathlessness*” (Carel, 2016, pp. 106-129), Fredrik Svenaesus se inspira, por su parte, en la hermenéutica heideggeriana del ser-en-el-mundo, al definir la enfermedad como un “*unhomelike being-in the-world*” (Svenaesus, 2001, p. 127).

5 Esta deseada aplicabilidad de la fenomenología de la enfermedad lleva a Havi Carel al desarrollo de una “caja de herramientas fenomenológica” (*phenomenological toolkit*) que permitiría a los pacientes describir su propia experiencia de un modo sistemático y comprensivo, de lo que se derivarían beneficios terapéuticos para la propia persona enferma (Carel, 2011b).

La “primacía epistemológica del cadáver” conlleva consecuencias tanto para la formación, como para la práctica médica (Leder, 1992). Así, además de triunfos terapéuticos innegables, aparecen también importantes limitaciones ya que, dentro de este paradigma dominante, no se atiende a los factores psicosociales en la etiología y en el tratamiento y se deja de lado la experiencia subjetiva (estrés emocional, pérdidas intersubjetivas, estilo personal) que tan relevante puede ser en el origen de ciertas dolencias. Tampoco se tiene en cuenta en qué medida puede ser importante en la respuesta al tratamiento el estado afectivo, la voluntad de vivir, o el tipo de relación entre médico y paciente.

Desde el punto de vista de Leder, Toombs y otros fenomenólogos, el tradicional paradigma biomédico se centra exclusivamente —siguiendo la línea cartesiana— en el cuerpo-como-máquina, con una concurrente *des-enfatización* de la personalidad del paciente y la realidad y otorgando mayor importancia a la experiencia humana de la enfermedad. Tal como ponen de manifiesto los críticos de este modelo, la enfermedad se conceptualiza exclusivamente en los términos de los datos cuantitativos abstractos de las ciencias naturales y la experiencia subjetiva del paciente no es tomada en cuenta por considerarse poco seria o irrelevante para la medicina (Toombs, 1988).

No es descabellado detectar una inspiración cartesiana en el ideal de la transparencia exhaustiva del cuerpo bajo la mirada médica ampliada por las modernas tecnologías de diagnóstico por imagen, que sin olvidar las muchas ventajas diagnósticas y terapéuticas que implica, también puede conllevar algunos inconvenientes: “la *transparencia* casi total del cuerpo del paciente, contemplado como *objeto*, mediante la aplicación en la clínica de las modernas tecnologías ‘visuales’ puede acarrear contrapartidas negativas para una óptima relación entre el paciente y su médico si abre el camino al distanciamiento entre ambos, con la consiguiente despersonalización de ese encuentro” (Pera, 2003, p. 297). Tampoco parece ajeno el paradigma del cuerpo-máquina a los ideales más o menos utópicos de modificabilidad ilimitada de la corporalidad humana en las propuestas del transhumanismo (Diéguez, 2017). Tanto en uno como en otro caso, se trata de un cuerpo reducido a una consideración cósmica, objeto de análisis, experimentación y modificación, al mismo nivel que cualquier otra realidad del mundo material, que obvia la consideración del cuerpo humano vivido o experimentado por un sujeto personal como mediador en su relación con el mundo, con los otros y consigo mismo.

### 3. El paradigma del cuerpo vivido y la enfermedad

En directa contraposición y crítica al paradigma cartesiano, la aproximación fenomenológica a la salud y a la enfermedad parte de la distinción fundamental entre el *cuerpo objetivo de la ciencia* y el *cuerpo vivido de la experiencia*. En la base de esta

distinción se encuentra la descripción fenomenológica de la doble aprehensión originaria del cuerpo, entendido como “cuerpo físico” (*Körper*) y a la vez como “cuerpo vivido” (*Leib*). El cuerpo físico, con sus propiedades comunes a cualquier realidad material, resulta susceptible de un análisis externo y de una objetivación científica según la metodología experimental. El cuerpo vivido, en cambio, se constituye por la experiencia de la corporalidad solo accesible en primera persona: se trata del cuerpo sentido, del cuerpo que encarna nuestros movimientos e intenciones de modo inmediato, centro de percepción, de acción y de expresión en el mundo. Tal distinción *Körper/Leib*, formulada clásicamente por Husserl (1997) ha mostrado un extraordinario rendimiento filosófico y se ha convertido en un verdadero lugar común como preámbulo de toda la fenomenología de la corporalidad.

La fenomenología del cuerpo aporta una concepción intencional del cuerpo: un cuerpo que no es prioritariamente un “objeto del mundo”, sino precisamente aquello que nos dirige a un mundo, que nos proyecta hacia el mundo y hacia los otros. En la terminología de Drew Leder, se trata de un cuerpo “extático” y “recesivo”, volcado hacia el mundo y oculto para sí mismo. Por ser “extático” el cuerpo viviente se halla fuera de sí, vuelto hacia las cosas; en consecuencia, de manera correlativa, es también “recesivo”, es decir, retraído, oculto a sí mismo, sin comparecer en escena, o solo marginalmente.<sup>6</sup> Los fenómenos del dolor, de la enfermedad o de la pérdida de funcionalidad invierten tal esquema: privan el acceso al mundo y fuerzan a la atención a replegarse centrípetamente sobre el propio cuerpo y su funcionamiento. De nuevo, en terminología de Leder, pasamos de la *dis-apparition* (desaparición) a la *dys-apparition* (aparición disfuncional) del cuerpo (Leder, 1990).

Cualquier modificación disfuncional en la corporalidad vivida, por ejemplo, una limitación de la movilidad que dificulta ascender unos peldaños, o bien, un dolor experimentado con especial intensidad que produce una torsión radical de la atención que obliga a retraerse de las tareas o quehaceres usuales (Serrano de Haro, 2016), es decir, cualquier disfunción que afecte a los poderes o capacidades del cuerpo vivido, implica correlativamente una modificación en nuestra experiencia del mundo. La transformación —a veces, verdadera destrucción— de la experiencia, puede tener un carácter puntual o pasajero, en el caso de una afección aguda, o implicar una modificación global, en el caso de una enfermedad crónica o degenerativa, como en el caso que relata Havi Carel, que padece una severa afección pulmonar, al reconocer que para ella la vida se estructura a partir de dos sensaciones dominantes y completamente distintas: vivir *con* o vivir *sin* respiración (Carel, 2016).

6 Para Merleau-Ponty, por ejemplo, el cuerpo vivido, a pesar de su relativa desaparición de la experiencia temática, no deja de ser nunca un “campo de presencia primordial”, con un carácter permanente frente al flujo variable de los objetos. Ese campo de presencia corporal no se encuentra “*devant moi*” (ante mí), sino “*avec moi*” (conmigo) (Merleau-Ponty, 1945, p. 108).

Vale la pena constatar cómo a los dos términos alemanes consolidados en la literatura filosófica para hablar de la doble dimensión de la corporalidad: *cuerpo físico* (*Körper*) / *cuerpo vivido* (*Leib*), le corresponde el doblete en lengua inglesa *disease/illness* (Aho & Aho, 2009),<sup>7</sup> igualmente consolidado, para referirse a la enfermedad como disfunción orgánica y a la enfermedad como experiencia vital de desorden y alienación: “La enfermedad tiene que ser entendida no simplemente como la disfunción del cuerpo mecánico, sino como el desorden del cuerpo, el yo y el mundo” (Toombs 1992, p. 127). En la misma línea Havi Carel sostiene que “la enfermedad (*illness*) modifica el modo en que la persona enferma experimenta el mundo y cómo habita en él” (Carel, 2016, p. 4). Esta misma autora defiende una cierta preeminencia de la enfermedad vivida (*illness*) sobre la enfermedad como disfunción orgánica (*disease*)<sup>8</sup>, en la medida en que nos hacemos cargo de un desarreglo orgánico cuando afecta a la estructura de nuestra experiencia. En el fondo, lo importante de una disfunción orgánica es cómo modifica nuestra vida, nuestras actividades y hábitos, nuestro modo de habitar el mundo y de ser mirados y tratados por otros (Carel, 2016).

Por otra parte, cada una de las propiedades o de los aspectos que puede descubrirse fenomenológicamente en el cuerpo vivido –siguiendo principalmente la inspiración de Husserl o Merleau-Ponty– proporciona un amplísimo rendimiento para la elucidación conceptual de la experiencia en primera persona de un amplio espectro de diferentes vivencias de la enfermedad,<sup>9</sup> así como también ofrece valiosas ilustraciones concretas de los conceptos o categorías empleados. Así, por ejemplo, el dramático relato que realiza Marta Allué de su experiencia de graves quemaduras en el 80% de su cuerpo y

7 A este doble modo de denominar la enfermedad es preciso añadir un tercer término: *sickness*. Siguiendo a Hofmann, puede decirse que la distinción entre *disease*, *illness* y *sickness* ha llegado a ser un lugar común en la sociología médica, en la antropología médica y en la filosofía de la medicina en las últimas décadas. En tales ámbitos de conocimiento, dicha tríada se emplea para denotar, respectivamente: *disease*: el aspecto médico (la enfermedad como disfunción fisiológica, como fenómeno orgánico); *illness*: el aspecto personal (la experiencia o estado subjetivo que implica); y *sickness*: el aspecto social de la enfermedad. (Hofmann, 2002).

8 Desde otro enfoque teórico, Hofmann (2002) coincide con esta valoración. En efecto, para Hofmann, además de su poder explicativo, en particular, para el análisis de casos controvertidos y para los retos epistémicos y normativos de la medicina moderna, uno de los aspectos más interesantes de la tríada *disease*, *illness*, *sickness* es el de averiguar cuál es la relación entre los conceptos de la tríada y, sobre todo, si existe una primacía de alguno de los conceptos. Hofmann sostiene que, entre las posibles combinaciones de los tres aspectos señalados, las que suponen un mayor reto son aquellas en las que la persona no se siente enferma, mientras que médica y socialmente es considerada como tal. De ahí, el autor deduce una primacía epistémica y normativa del concepto de *illness*, es decir, la primacía de la persona individual que está enferma, al tiempo que nos advierte de una de las críticas más comunes a la medicina moderna: su ignorancia de la experiencia subjetiva del paciente individual (Hofmann, 2002).

9 A pesar de que tales vivencias presentan aspectos y elementos estructurales comunes, que interesan a la descripción fenomenológica, deben ser estudiadas también en su particularidad, ya que “las experiencias de enfermedad son heterogéneas” (Carel, 2016, p. 2). En ese mismo sentido, Leder sostiene que la enfermedad es “inescapablemente individual”: “Incluso si una persona comparte la misma enfermedad con otra, los retos, limitaciones y el sufrimiento que implica varían considerablemente de persona a persona” (Leder, 2004).

de la dolorosa experiencia de las curas que se le practicaban en su piel calcinada (Allué, 2004) ilustra perfectamente el significado de la vivencia original del propio cuerpo como campo de “localización de sensaciones” (Husserl, 1997, p. 185). Pero esta concepción fenomenológica permite también conceptualizar esa experiencia, que presenta el rasgo peculiar de ser a la vez espacial (*extensio*) e íntima (*cogitatio*), remitiendo de este modo a una espacialidad más profunda, que es la espacialidad del propio cuerpo dolorido (Serrano de Haro, 2019). Por otra parte, si descubrimos fenomenológicamente qué significa que estructuralmente el cuerpo vivido es “centro de orientación y de acción” u “órgano de la voluntad y portador del libre movimiento” (Husserl, 1997, p. 191), podremos aproximarnos conceptualmente a una experiencia límite de imposibilidad radical de movimiento, del brusco paso del “yo puedo” al “yo no puedo” corporal, como la que describe Jean-Dominique Bauby en su conocido relato *La escafandra y la mariposa* redactado a partir de su experiencia como afectado por el síndrome del “locked-in”, que le encierra en su cuerpo y le permite únicamente el parpadeo de su ojo izquierdo, única vía de comunicación con su entorno (Bauby, 2008).

Toombs, por ejemplo, lleva a cabo una descripción exhaustiva de su propia experiencia como enferma de esclerosis múltiple a partir de la transformación que opera la enfermedad en la experiencia de la corporalidad y del mundo al que esta da acceso, en un texto que podría considerarse arquetípico, “The body in multiple sclerosis: a patient’s perspective” (1992): en primer lugar, su enfermedad se manifiesta en su experiencia como un conjunto de desórdenes motores, una pérdida de fuerza en sus miembros y de precisión en sus movimientos que le hace desconfiar de sus propias posibilidades de llevar a cabo actividades que antes resolvía sin problema alguno. En tales casos, el cuerpo, mediador de un mundo, se transforma en “cuerpo obstaculizante” que supone una barrera o un impedimento para la acción. Una transformación de este tipo en la relación con el propio cuerpo, conlleva una transformación correlativa en la relación con los objetos del mundo: un vaso lleno de agua que quizás no puede sostenerse o llevarse a la boca con seguridad, una bicicleta en la que ya no se es capaz de mantener el equilibrio, pasan de ser objetos familiares que se manejan o se emplean con facilidad, a ser objetos que plantean un problema por resolver, por lo que puede hablarse de una experiencia de la “adversidad de los objetos”. La dificultad para el movimiento lleva consigo, naturalmente, una limitación o constricción del espacio en el que se habita, ya que los desplazamientos son más lentos, causan fatiga o no pueden realizarse. Kevin Aho, por ejemplo, explica muy ilustrativamente cómo la mañana en la que padece un ataque de corazón pasa de un espacio habitable de 100 km a la redonda por donde pensaba desplazarse con su bicicleta, a los cuatro pasos indicados con pegatinas en el suelo que le llevan de su cama al baño de la habitación del hospital (Aho, 2019). La constricción espacial y temporal que llevan consigo el dolor y la enfermedad ha sido señalada con frecuencia por diferentes autores: Leder, por

ejemplo, observa que la experiencia del dolor impone un movimiento centrípeta de la atención, una concentración en la propia espacialidad corporal y un radical anclaje al presente (Leder, 1984); por su parte, Serrano de Haro, analiza la peculiar temporalidad inmanente del dolor físico y lo describe fenomenológicamente como un “ahora largo que fluye con torpeza, estancado sobre sí a la vez que excitado o urgido” (Serrano de Haro, 2020, p. 154).

Entre las alteraciones que la enfermedad produce en su experiencia como enferma de esclerosis múltiple, Toombs se refiere a una “suspensión del proyectar”, ya que la pérdida de confianza en el “poder” (es decir, en las capacidades, en el “yo puedo”) del cuerpo implica una pérdida de la confianza en la propia aptitud para realizar determinadas acciones en el futuro. En la situación de una enfermedad grave o limitante, como la que se describe en estos casos, solo es posible elaborar “proyectos delimitados por restricciones” (Carel, 2016, p. 59), debido al fenómeno de la “duda corporal” (*bodily doubt*): “Fenomenológicamente hablando la duda corporal se experimenta como angustia en el nivel físico, duda respecto al movimiento y a la acción, y una profunda perturbación del sentimiento existencial” (Carel, 2016, p. 96). La imagen corpórea se ve radicalmente modificada, hasta el punto de no reconocerse en el propio cuerpo, situación que puede verse reforzada con la pérdida de la verticalidad, situación en la que como dice ocurrentemente Virginia Woolf “dejamos de ser soldados del ejército de los erguidos; nos convertimos en desertores” (Woolf, 2014, p. 36), lo que también puede traer consigo un nuevo y decisivo rasgo de la experiencia de la enfermedad: la dependencia.

En conclusión, la descripción fenomenológica que Toombs lleva a cabo del sentido de desorden y alienación que lleva consigo la experiencia de su enfermedad le lleva a resumir, en un trabajo posterior, donde retoma la misma reflexión que: “En uno u otro momento mi enfermedad ha afectado mi capacidad de ver, de sentir, de moverme, de oír, de ponerme en pie, de sentarme, de andar, de controlar mis intestinos y mi vejiga, y de mantener el equilibrio” (Toombs, 2001, p. 247). Más que un medio de relación con el mundo, el cuerpo se experimenta entonces como obstáculo, incluso como enemigo, en definitiva, como un no-yo, paradójicamente interior e inescapable. “Mi cuerpo –dice Toombs– aparece como Otro-diferente-a-mí (*Other-than-me*) en el hecho de que se opone y frustra continuamente mis intenciones” (Toombs, 1992, p. 134). Me parece que este punto es especialmente relevante, porque ya no se trata de la experiencia de un conjunto de imposibilidades, sino de un cuestionamiento de la propia identidad, problemática de la que hablaremos más adelante.

Saulius Geniusas lo ha expuesto de un modo sistemático. Para el citado autor, el dolor –y muy especialmente el dolor crónico asociado a la larga enfermedad– emerge como una ruptura en el núcleo de nuestra existencia personal al menos en cuatro niveles: a) en primer lugar, se produce una *escisión entre el yo y el cuerpo*, que aparece en la propia experiencia como un obstáculo, como algo que sin dejar de ser yo mismo,

paradójicamente traiciona y resiste al yo; b) en segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, queda también *afectada la relación de la persona consigo misma*, que al no poder realizar las tareas más básicas, pierde la confianza en sus propias capacidades; c) en tercer lugar, se produce una *ruptura en la relación con el mundo*, puesto que el cuerpo dolorido se convierte en un muro viviente que bloquea nuestro acceso a los otros objetos; d) finalmente, en último lugar, el dolor *dificulta nuestra relación con los otros*, porque establece una radical asimetría, colocando a la persona doliente en una situación que no puede compartir y que en muchas ocasiones apenas es capaz de hacer comprender a los demás (Geniusas, 2016).

#### 4. La respuesta a la enfermedad vivida : el deshacerse y rehacerse del mundo.

La fenomenología de la enfermedad, como se ha visto, cuenta con recursos conceptuales y descriptivos, como la noción de *Leib* o cuerpo vivido, para mostrar de qué manera la enfermedad –grave, crónica, degenerativa– implica para el paciente un “deshacerse del mundo”, a nivel espacial, temporal, una limitación de las capacidades, de las posibilidades, una transformación relacional con los otros y consigo mismo. Así descrita, se trata de una situación que no deja indiferente al sujeto que la padece y que genera inevitablemente algún tipo de respuesta en busca de alivio, de solución, o incluso de explicación. Siguiendo de nuevo a Geniusas puede decirse que la respuesta ante el dolor o ante la limitación de capacidades y de posibilidades que conlleva la enfermedad se da al menos a tres niveles: físico, emocional y cognitivo (Geniusas, 2016). La respuesta física inmediata ante el dolor consiste en el tipo de movimientos que llevamos a cabo para evitar el foco aversivo o para proteger la parte aquejada. En momentos posteriores, la respuesta física ante la enfermedad puede implicar, por ejemplo, la adquisición de nuevos hábitos que suplan funcionalmente aquellos otros que ahora resultan imposibles o también la fabricación y el uso de instrumentos o de prótesis que sustituyan los miembros o las capacidades perdidas. No se trata únicamente de añadir un artefacto al organismo, sino de interiorizar o integrar en el propio esquema corporal esas prótesis o instrumentos, de modo que del proceso de incorporación o habituación resulta un “cuerpo extendido” (*extended body*).<sup>10</sup> De esa incorporación al propio esquema corporal, se sigue la posibilidad de percibir tales prótesis o instrumentos como una ampliación posible de mi propia corporalidad. Toombs, por ejemplo, destaca la diferencia de ver las muletas como “símbolos de discapacidad” o bien como “extensiones de la espacialidad corporal” (Toombs, 2001, p. 259).

10 Para una discusión de la distinción entre “incorporación” y “extensión” y del modo en que una u otra pueden modificar el “esquema corporal”, véase: De Preester & Tsakiris, 2009.

En el marco de una respuesta a la experiencia de la enfermedad Havi Carel subraya la necesidad de poner en juego las capacidades de adaptabilidad y de creatividad en diversos niveles (físico, psicológico, social, temporal). Con ello se pone de relieve la plasticidad del comportamiento y la capacidad humana de adaptarse al cambio: “Ante una capacidad corporal disminuida, deben encontrarse soluciones físicas a problemas y retos nuevos” (Carel, 2007, p. 105). Más aún, observa la misma autora, “la adversidad es fuente de respuestas creativas” (p. 104).

Más allá de la respuesta adaptativa y creativa en un nivel físico, la respuesta emocional y cognitiva cumple un papel decisivo.<sup>11</sup> Para Geniusas, la interpretación que llevamos a cabo del dolor modifica la experiencia misma del dolor. Las diversas respuestas al dolor no solo co-constituyen la experiencia del dolor, sino que abren la posibilidad de una re-personalización del yo, de modo que la respuesta al dolor forma la persona que llego a ser (Geniusas, 2016, pp. 156-157). En eso coincide también Leder al hablar del carácter “productivo” del dolor, en contraste con su aspecto “destrutivo”. La experiencia del dolor y del sufrimiento nos cuestionan y, de ello –sostiene Leder– pueden resultar intuiciones valiosas, el fortalecimiento del carácter, un cambio de ritmo beneficioso en la propia vida, el redescubrimiento de los lazos familiares y comunitarios, etc. (Leder, 2016, p. 458). A pesar de ser llamado paciente, la persona enferma es “un agente que lucha con un profundo reto existencial (...) la persona enferma no puede evadir la responsabilidad, literalmente la habilidad de responder a las circunstancias. Dependiendo de las cualidades de su respuesta, el individuo puede o bien forjar una buena vida –incluso frente al sufrimiento– o rendirse a la amargura y la desesperación” (Leder, 2004).

En este punto, finalmente, emerge la cuestión más decisiva de la persona y la identidad. No se trata solo de suplir o de sustituir nuevas limitaciones con insospechadas posibilidades, por creativas que resulten, sino de aceptar o de descubrir una identidad que va más allá de toda limitación y de toda suplencia: “la curación –sostiene Leder– no es la reconstrucción de una vida pasada, sino la construcción de algo nuevo”. Además de la posibilidad de desarrollar un más profundo sentido de la compasión, una mayor intimidad con las personas queridas, una mayor atención a las alegrías o a los gozos de la vida ordinaria, o una reorganización del estilo de vida y las prioridades (Leder, 2004) se produce también el descubrimiento de una identidad más profunda y a la vez más frágil. De este modo, las reflexiones fenomenológicas sobre la enfermedad convergen hacia una meditación sobre la identidad, la vulnerabilidad y la necesidad de reconocimiento:

Una fenomenología de la enfermedad no solo nos permite ver cómo las estructuras de sentido constitutivas de nuestra experiencia pueden romperse, sino también cómo pueden reconstruirse. El modo en que nuestra existencia se halla estructurada, por el espacio y el tiempo, por nuestra capacidad de

11 Kidd (2012), por ejemplo, explora la respuesta moral a la enfermedad.

interpretar y de dar sentido al mundo, y por nuestra intercorporeidad, son vulnerables al colapso. La enfermedad nos lo recuerda. Pero, en la medida en que nuestro sufrimiento no se aborda con tecnología médica sino que es *escuchado*, *reconocido* y *afirmado* por otros, queda aún un camino por recorrer; todavía hay alegría en estar vivo (Aho, 2019, p. 200).

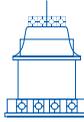
Como puede comprobarse en el fragmento citado, no se trata únicamente de admitir que la vulnerabilidad constituye un reto o una puesta a prueba de la identidad, sino también de subrayar la necesidad de reconocer una identidad más profunda y frágil, es decir, reconocer la vulnerabilidad y la fragilidad, no como una limitación o negación de la identidad, sino como un aspecto integrante de nuestra propia identidad. Se ha dicho, al principio de este trabajo, que una de las virtudes de la reflexión fenomenológica consistía en la posibilidad de dar voz a la experiencia del paciente. Pero es posible dar un paso más y decir que la atención fenomenológica a la experiencia corporal permite dar voz al propio cuerpo, en la medida en que este inequívocamente lanza un mensaje audible a través de su fragilidad misma.

## Referencias

- Aho, J. & Aho, K. (2009). *Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease and Illness*. Lexington Books.
- Aho, K. (2019). Notes from a Heart Attack. A Phenomenology of an Altered Body. En E. Dahl, C. Falke, & T. E. Eriksen. *Phenomenology of the Broken Body* (pp. 188-201). Routledge.
- Allué, M. (2004). *Perder la piel*. Ed. Planeta / Seix Barral.
- Bak, A. (2019). Notas sobre fenomenología de la enfermedad. A propósito del libro *Phenomenology of Illness*. *Acta Mexicana de Fenomenología. Revista de Investigación Filosófica y Científica*, (4), 29-56. <https://actamexicanadefenomenologia.uaemex.mx/article/view/14577>
- Bauby, J.-D. (2008). *La escafandra y la mariposa* (R. Alapont, trad.). Ed. Planeta.
- Broyard, A. (2013). *Ebrio de enfermedad* (M. Martínez-Lage, trad.). Eds. La Uña Rota.
- Buytendijk, F. J. J. (1958). *El dolor* (F. Vela, trad.). Revista de Occidente.
- Carel, H. (2007). Can I Be Ill and Happy? *Philosophia*, (35), 95-110. <https://doi.org/10.1007/s11406-007-9085-5>
- Carel, H. (2011). Phenomenology and its Application in Medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, (32), 33-46. <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9161-x>
- Carel, H. (2011b). Phenomenology as a Resource for Patients. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37, (2), 96-113. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhs008>

- Carel, H. (2012). Nursing and Medicine. En S. Luft & S. Overgaard (Eds.). *The Routledge Companion to Phenomenology* (pp. 623-632). Routledge.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.
- De Preester, H. & M. Tsakiris (2009). Body-extension versus Body-incorporation: Is there a Need for a Body-model? *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8, (3), 307-319.
- Diéguez, A. (2017). *Transhumanismo. La búsqueda tecnológica del mejoramiento humano*. Herder.
- Earle, V. (2010). Phenomenology as Research Method or Substantive Metaphysics? An Overview of Phenomenology's Uses in Nursing. *Nursing Philosophy*, 11, (4), 286-296. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-769X.2010.00458.x>
- Embree, L. (2018). Mi visita a la enfermería fenomenológica (X. Escribano, trad.). *Investigaciones Fenomenológicas, vol. monográfico 7*, 15-23. <https://doi.org/10.5944/rif.7.2018.29915>
- Gadamer, H. G. (2001). *El estado oculto de la salud* (N. Machain, trad.). Gedisa.
- Geniusas, S. (2016). Phenomenology of Chronic Pain: De-Personalization and Re-personalization. En S. van Rysewyk (Ed.), *Meanings of Pain* (pp. 147-164). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_9)
- 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>
- Husserl, E. (1997). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro II: Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución* (A. Ziri6n, trad.). Universidad Nacional Aut6noma de M6xico.
- Kidd, I. J. (2012). Can Illness Be Edifying? *Inquiry*, 55, (5), 496-520. <https://doi.org/10.1080/0020174X.2012.716203>
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. The University of Chicago Press.
- Leder, D. (1992). A Tale of Two Bodies: the Cartesian Corpse and the Lived Body. En D. Leder (Ed.), *The body in Medical Thought and Practice* (pp. 17-35). Kluwer Academic Publishers.
- Leder, D. (1992b). Introduction. En D. Leder (Ed.), *The body in Medical Thought and Practice* (1-12). Kluwer Academic Publishers.
- Leder, D. (2004). The Experience of Health and Illness. En *Encyclopedia of Bioethics*, <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-v-experience-health-and-illness> (recuperado 4/VII/2020).
- Leder, D. (2016). The Experiential Paradoxes of Pain. *Journal of Medicine and Philosophy*, (41), 444-460. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhw020>
- Leder, D. (2019). Re-possibilizing the World. Recovery from Serious Illness, Injury or Impairment. En E. Dahl, C. Falke & T. E. Eriksen. *Phenomenology of the Broken Body* (pp. 173-187). Routledge.

- Matthews, E. (2007). *Body-subjects and Disordered minds*. Oxford University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Pera, C. (2003). El cuerpo bajo la mirada médica. *Humanidades médicas*, 1, (4), 291-300.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford University Press.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. Tecnos.
- Serrano de Haro, A. (2016). Pain Experiences and Structures of Attention: A Phenomenological Approach (pp. 165-180). En S. van Rysewyk, (Ed.), *Meanings of Pain*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_10)
- Serrano de Haro, A. (2019). Espacialidad y dolor. *Meditaciones fenomenológicas. Isegoría*, (60), 103-121. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2019.060.07>
- Serrano de Haro, A. (2020). El largo presente del dolor físico. Cinco leyes de la temporalidad adolorida. *Revista Filosófica de Coimbra*, 39, (57), 153-168. [https://doi.org/10.14195/0872-0851\\_57\\_8](https://doi.org/10.14195/0872-0851_57_8)
- Slatman, J. (2014). Multiple Dimensions of Embodiment in Medical Practices. *Medical Health Care and Philosophy*, (17), 549-557. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9544-2>
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198520894.001.0001>
- Svenaesus, F. (2001). The Phenomenology of Health and Illness. En S. K. Toombs (Ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine* (pp. 87-108). Kluwer Academic Publishers. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4\\_5](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_5)
- Svenaesus, F. (2013). What is phenomenology of Medicine? Embodiment, Illness and Being-in-the-world. En H. Carel & R. Cooper (Eds.), *Health, Illness and Disease* (pp. 97-111). Acumen.
- Svenaesus, F. (2019). Heidegger's Philosophy of Technology and the Perils of Medicalization. En K. Aho (Ed.), *Existential Medicine. Essays on Health and Illness* (pp. 131-144). Rowman and Littlefield.
- Toombs, K. (1992). The Body in Multiple Sclerosis: a Patient's Perspective. En D. Leder (Ed.), *The Body in Medical Thought and Practice* (pp. 127-137). Kluwer Academic Publishers. [https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7\\_8](https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7_8)
- Toombs, S. K. (Ed.) (2001). Reflections on Bodily Change: the Lived Experience of Disability. En *Handbook of Phenomenology and Medicine* (pp. 247-261). Kluwer Academic Publishers. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_13)
- Toombs, S. K. (ed.) (2001b). Introduction: Phenomenology and Medicine. En *Handbook of Phenomenology and Medicine* (pp. 1-26). Kluwer Academic Publishers. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4\\_1](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_1)
- Woolf, V. (2014). *De la enfermedad*. Olañeta Ed.
- Zaner, R. Z. (1981). *The Context of Self*. Ohio University Press.



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Metaphors Matter: Unraveling Three Essential Propositions\*

*Diego Meza Gavilanes*

Pontificia Università Gregoriana, Roma, Italia  
diegomegav@gmail.com

Recibido: 14/11/23 | Aprobado: 11/03/24

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355494>

**Abstract:** This article delves into the significance and role of metaphors in shaping knowledge, perceptions, and decisions within the healthcare domain. Through a critical analysis of their impact, particularly in the dynamics between healthcare professionals and patients, three dimensions are proposed for unraveling their significance: the political dimension views metaphors as agents of power and tools for legitimizing inequalities; the cultural dimension sees them as cultural residues challenging prevailing biomedical knowledge; and the ethical dimension raises questions about the moral implications of the constructed narratives. This holistic approach aims to enhance our understanding of the intricate interplay between language, cognition, and disease, ultimately advocating for more comprehensive approaches in healthcare.

**Keywords:** Metaphors, public health, medical anthropology, symbolic violence, disease, illness

---

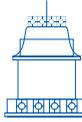
\* This article is part of my activities at Pontifical Gregorian University, where I am teaching the course "Social Suffering."

## How to cite this article

Meza, D. (2024). Metaphors Matter: Unraveling Three Essential Propositions. *Estudios de Filosofía*, 70, pp, 77-99. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355494>

OPEN  ACCESS





ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Las metáforas importan: Desentrañando tres proposiciones esenciales

**Resumen:** Este artículo examina el significado y la función de las metáforas en la configuración del conocimiento, las percepciones y decisiones en el ámbito de la salud. Al analizar críticamente su impacto, especialmente en la relación entre profesionales de la salud y pacientes, se proponen tres dimensiones para desentrañar su significado: la política, que las examina como agentes de poder y como instrumento para la legitimación de las desigualdades; la cultural, que considera las metáforas como sedimentos culturales que desafían el conocimiento biomédico predominante; y la ética, que cuestiona las implicaciones morales de las narrativas construidas. Este enfoque holístico busca mejorar la comprensión de la interacción compleja entre lenguaje, cognición y enfermedad, promoviendo aproximaciones más completas en el ámbito de la salud.

**Palabras clave:** Metáforas, salud pública, antropología médica, violencia simbólica, enfermedad, sufrimiento

**Diego Meza Gavilanes:** Diego Meza is a Colombian researcher and assistant professor at the Faculty of Social Sciences at the Gregorian Pontifical University. His research focuses on how inequalities, history, and politics are embodied in daily life. His other research interests include biopolitics, social suffering, and Catholicism.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4221-0343>



*To the memory of Jacquineau Azetzop (†), my professor of critical anthropology.*

## Introduction

In an article published in 1990, [Nancy Scheper-Hughes \(1990\)](#) begins an academic joke about medical anthropology involving a doctor and three academics: Hans Baer, Michael Taussig, and Arthur Kleinman. In the story, as they stand by a river, they hear the screams of a man carried away by the water current, seemingly drowning. The doctor is the first to react, jumping into the river and attempting to save the man, but with no success. Soon, other bodies float on the water, and the doctor's efforts to rescue and revive them prove futile. Hans Baer heads towards the source of the current to investigate the contradictions of the capitalist mode of production responsible for the mass appearance of these corpses. Meanwhile, Taussig goes off alone in search of the enigmatic message in a bottle, a foresight one dying man might have sent to account for the deaths. Kleinman remains on the shore, facilitating the doctor-patient relationship.

From these three statements, Scheper-Hughes points out three key proposals for applying medical anthropology in a critical context: recognizing the influence of power and politics, questioning biomedical knowledge, and promoting social justice and ethical practices. Although the author insists on working on these three presuppositions together, it cannot be denied that this task still seems far from being completed. For example, some cultural elements, such as those that Taussig seeks to decipher in the joke, are often not considered on the grounds of biomedical biases. This last approach repeatedly forgets how certain everyday practices, symbols, language, and beliefs condition the perceptions and behaviors of individuals concerning disease<sup>1</sup> and health.

In this sense, it is important to turn our attention to the use of metaphors in the medical field. Metaphors play a crucial role in diseases. ([Bleakley, 2017](#)) They make technical and sometimes abstract aspects of medicine more intelligible and often function as a bridge between this dimension and patients' particular and subjective experiences ([Karska & Pražmo, 2017](#); [Landau et al., 2018](#)). Metaphors frequently facilitate greater communication between healthcare professionals, patients, and their families ([Margaryan & Petrosyan, 2016](#)). Methodological metaphors work in both directions. In other words, doctors and nurses are often better able to translate concepts, diagnoses, and procedures to their patients, and patients are better able to communicate their ailments more effectively. Thus, metaphors, understood as frames of reference and narrative structures, can encourage or modify behavior, promote

<sup>1</sup> In this article, I assume the conceptual distinction between disease (the biological condition) and illness (the social meaning of the condition). However, I favour the constructionist approach, which argues that both illness and disease undergo a process of social negotiation in their definition.

making medical decisions, and even forge certain relationships or identities. Therefore, it is worthwhile to analyze their use critically and not to underestimate their function.

This article aims to analyze the role of metaphors concerning health and disease. By exploring the intricate ways metaphors are employed in the health field, starting with some metaphors used during the COVID-19 pandemic, I attempt to reveal how they both shape the conceptualization of health and become a political resource that guides a given public health policy. This article sheds light on the dual nature of metaphors, serving as linguistic tools that construct meanings and as instruments of power that influence the socio-political landscape. This exploration contributes to a deeper understanding of the complex interplay between language, health, and politics in health care.

## Metaphors: Avoiding their reductionist use

Traditionally perceived as mere stylistic resources<sup>2</sup> (Karska & Pražmo, 2017), metaphors extend beyond this narrow perspective. They embody the human ability to forge connections between seemingly unrelated concepts, processes, and objects. This capacity to establish similarities is not confined to the literary or artistic realm. Today, metaphors are study subjects in various fields, including psychology, technology, and health<sup>3</sup>. A tacit agreement exists that metaphors permeate all aspects of our daily lives, enriching our understanding of the world and communication beyond logic and literalism. Metaphors shape, nuance, and deepen our ideas, conversations, behaviors, and social bonds.

Establishing metaphorical relationships involves a conceptual process where one domain is represented with the characteristics or terms of another domain. This allows for precisely identifying source and target domains (Karska & Pražmo, 2017; Lakoff & Johnson, 2008; Thibodeau & Durgin, 2011). The former serves as the point from which conceptual forms are imported to express the latter. The latter domain is often more abstract or difficult to intelligibly express. For instance, in the metaphor “marriage is a plant,” we can articulate the need to water or fertilize the marriage and describe it as withered or flowering. A solid understanding of the source domain generally enables the stipulation of sharper connections.

---

2 Metaphors were initially disregarded as the focus of the study. Instead, literal language was deemed the cornerstone of truth and logic, and it took center stage in the analysis, particularly in philosophy. Within this perspective, metaphors were viewed as something anecdotal and lacking in legitimacy. See more: Lakoff and Johnson 2008.

3 Herrmann and Berber Sardinha (2015) provide a detailed exploration of the utilization of metaphor in specialized discursive contexts. The authors examine the various ways metaphor is employed across ten articles, focusing on fields such as biology, psychology, sports, labor, and certain legal documents.

Metaphors surpass their linguistic use; they are not merely embellishments or ornaments (Abrams & Harpham, 1998; Venkatesan & Saji, 2020). In linking two domains, language assumes a secondary role. The critical aspect lies in the inference and connection of the two domains, followed by applying appropriate language codes. The discursive or lexical component aligns with a conventional mapping process (Lakoff & Johnson, 2008), facilitating the conceptual representation of one concept by the other. This necessitates contemplation of the relationship, the epistemic correspondences, and not just the terms through which it is denoted (Karska & Pražmo, 2017).

George Lakoff and Mark Johnson (2008) emphasize that metaphors extend beyond human thought to encompass the field of human action. According to this perspective, metaphors play a substantial role in conceptualizing the world, thereby shaping the behavioral ways in which we interact with it. In essence, metaphors organize our thinking and model our everyday behavior and decisions. Recognizing that the essence of metaphors is to understand and experience one kind of thing in terms of another underscores their significance beyond the stylistic use of language and intellectual reflection. Instead, they become a powerful instrument that frames and drives our perceptions and actions in the world (Venkatesan & Saji, 2020). Lakoff and Johnson encourage us to view metaphors as an effective, dynamic, and transformative tool at both the levels of thought and action<sup>4</sup>.

The link established by human reason between two conceptually distinct domains proceeds through more than a simple comparison. Instead, in most cases, it is based on the correlation of individual experiences in both domains, wherein interactions with the physical environment, context, and culture play a transcendental role (El Refaie, 2016). Metaphors, therefore, extend beyond indicating vague similarities; rooted in the routines and interactions of individuals in diverse environments and their capacity for abstraction, they are expressed through conceptual constructs. This process reveals that personal experiences in the physical and cultural worlds are reflected and represented through language. Even the simplest sensations carry sociocultural meanings, indicating that bodily experiences not only give rise to metaphors but also constitute their purpose (El Refaie, 2014). These metaphors reflect and communicate these assumptions, transcending mere tropes. As Frank expressed (2011, p.193), “A metaphor is no longer a trope, in the sense of twisting language. Instead, reality is what is twisted, and language is a process

4 Lakoff and Johnson (2008) emphasize that while contemporary metaphors may give rise to questions of truth, their central significance lies in their capacity to motivate or elicit suitable actions. The focus often shifts from whether a metaphor is true or false to its impact on perceptions, inferences, and subsequent actions. Metaphors play a crucial role in shaping our actions across various domains, such as politics, religion, family, and love. They have a pervasive influence on our daily lives and our plans for the future.

of straightening.” In summary, metaphors and diverse cultural and social notions are interconnected to express and convey these notions and make sense of other experiences in specific cultural and social contexts.

From this perspective, metaphors offer an alternative way of understanding the truth about a fact or an experience, diverging from an exclusive adherence to an objective-logical view (Landau et al., 2018). The notion of objectivity, driven by the pursuit of pure logic and data verification, involves a rational analysis of facts that tends to exclude the subjective or emotional dimension. In contrast, the concept of “imaginative rationality”<sup>5</sup> (Lakoff & Johnson, 2008) illustrates how metaphors can blend objectivity with subjectivity and logic with creativity. Metaphors, therefore, do not assert immovable truth claims but embody constantly changing and evolving concepts. Their interpretation depends on both the conceptual system of the enunciating subjects and the socio-cultural context in which human experiences unfold.

## Metaphors in the medical field.

Metaphors in the medical field have been a recurrent theme. For instance, Pena and Andrade-Filho (2010) retrieve a series of metaphors in medical texts. Tajer (2012) explains how diseases are metaphorically modeled, and Elena Semino and Demjén (2016) demonstrate how pain, in both clinical and social literature, is represented through figurative language. David Biro (2010) delves into the power of metaphors to alleviate the pain of the sick. On the other hand, Susan Sontag<sup>6</sup> (1978, 1989) provides a poignant description of various images employed in literature and medical discourse, particularly representations of cancer and tuberculosis. She critically analyzes their effects on the collective perception of disease and argues for a discourse on disease purified of metaphorical thinking.

Regarding diseases, their existence, development, and effects are intrinsically dependent on the patient. This relationship is cardinal because a disease cannot be understood apart from the person experiencing it; it can only be conceptualized as a condition affecting an individual’s body. These states often show themselves in the form of a series of symptoms, which can vary in degree of intensity and length, shaped not only by biological ailments but also by each patient’s lifestyle. Within this setting,

5 Metaphors serve as a tool to partially understand aspects that are beyond complete comprehension. The use of imagination and everyday thought in this context is seen as a rational endeavor (Lakoff & Johnson, 2008).

6 Susan Sontag, in her analysis of the influence of metaphors on the experience of illness, emphasizes how certain metaphors can contribute to the stigmatization and marginalization of patients. She identifies two dimensions of diseases: the biological dimension and the socio-cultural dimension. Sontag argues against prioritizing the socio-cultural dimension over the biological one.

examining how patients and clinicians represent diseases, ascribe characteristics and meanings to them, and define them is essential.

In the complex yet fascinating process of representation, diseases are often depicted through “inanimate or even personified forms.” (Karska & Prazmo, 2017, p. 110) The range of images evoked is diverse. From one perspective, the disease is often perceived as an unwanted visitor invading our lives, a stealthy enemy lurking in the darkness, an insatiable animal devouring our energies, or a devious intruder disturbing every aspect of our personal lives. Alternatively, some individuals view diseases as tests, indulgent friends that help us grow, gifts reminding us of the value of life and the importance of care, or a form of training. Furthermore, not only disease is understood through metaphors but also the body and medicine itself. For instance, the body is conceptualized as a machine, and some treatments are likened to a battle (Bleakley, 2017; Buchbinder, 2012).

Regardless of the characteristics and connections established, metaphors accumulate and synthesize people’s attitudes toward disease and its hazards. In many cases, these concepts enable individuals to make sense of their ailments, process certain emotions, better understand the complexity of being ill, and become more interested in medical treatment or adopting healthier lifestyles. Metaphors are, therefore, a powerful tool revealing the intricate relationship between humanity and disease, together with the concrete and constant interest in understanding and controlling health, the fragility of life, and death. In this sense, both representations of diseases and therapeutic interventions reflect the sociocultural environment in which they are shaped and implemented (Unschuld, 1998, p. 23).

Metaphors in the health field primarily stem from the everyday experiences of both patients and health professionals. To articulate their physical sensations, patients often draw on figures related to their jobs, culture, or level of education. Health professionals, including doctors, not only share these sources but also construct metaphors from visual contact with patients’ symptoms, involving radiology data, laboratory images, and sensitive signs. Rizzutto (2001) suggests that doctors later link initial images with concepts by recognizing patterns, arriving at or converting the initial image into a familiar metaphorical term. In this context, medical metaphors can be seen as a discursive means of rationalizing the unknown or complex (Buchbinder, 2012, p. 102).

The functionality of metaphors in the clinical field is diverse, serving various purposes. Some previously mentioned elements include facilitating the understanding of a diagnosis or enhancing communication fluency between doctors and patients (Bleakley, 2017; Margaryan & Petrosyan, 2016). Metaphors are also employed for persuasive purposes, with some authors asserting that they stimulate imagination and innovation (Fauconnier & Turner, 2003), contribute to disease prevention (Hauser &

Schwarz, 2015; Landau et al., 2018; Landau et al., 2014), and reinforce certain types of treatments (Mukherjee, 2010). Understanding the functioning and effects of metaphors can help maximize their benefits and minimize their costs (Hauser & Schwarz, 2015). Furthermore, it is recommended that research focus on the inferences people draw from metaphorical language to ensure that it does not undermine public health or science efforts (Landau et al., 2018).

Some researchers caution that using metaphors in the medical field may not consistently encourage behaviors in patients that reduce the risk of disease (Hauser et al., 2017; Mukherjee, 2010; Sontag, 1978). Even persuasive use can be inert and sometimes counterproductive (Kövecses, 2010). For instance, military metaphors about cancer emphasizing its aggressive nature have been observed to make patients less motivated to adopt self-management behaviors (Hauser & Schwarz, 2015). Additionally, some studies found that metaphors did not elicit more concern or stronger intentions than literal messages (Landau et al., 2018). Explanations for these effects include the nature of the metaphors employed and the type of individuals with whom they were used. It could be that certain types of people may be more susceptible to the metaphorical effect. (Fetterman et al., 2016; Ottati et al., 1999)

Metaphors can not only generate misunderstandings and communication problems between doctors and patients but, despite their initial impact and persuasiveness, they may experience a decline in effectiveness over time. This phenomenon is attributed to what is described as “cultural shrinkage and atrophy.” (Bleakley, 2017, p. 218) Over the years, these metaphors can become inoffensive, predictable, and meaningless due to changes in the context in which they originated or simply due to overuse. Moreover, when used in different contexts, metaphors can lead to misunderstandings and difficulties in memorization, highlighting the importance of using them sensibly and thoughtfully in persuasive communication (Masukume & Zumla, 2012).

## An example: The COVID metaphors

Diseases are often associated with invisible or invading enemies, and treatments are likened to fierce battles. These and other images serve to express the frustrating experience of pain, the individual and collective challenges that a treatment may require, and the impacts that a disease may cause among the people involved. However, metaphors do not always aid in making both the tangible and intangible aspects of a disease more intelligible; in some cases, metaphors can also contribute to misunderstandings.

The COVID-19 pandemic was not an exception. In many countries of the world, due to the thousands of deaths caused by the contagion, metaphors about COVID have multiplied. Among the most prevalent metaphors are: “enemy,” “alien invader,” “fire,”

“killer,” (Crespo-Fernández, 2021; Semino, 2021; Todorova, 2021) “flood,” “marathon,” (Brugman et al., 2022) “spiritual inoculation,” “acting like a hedgehog,” “glitter,” (Pérez-Sobrinó et al., 2022) “tanker,” “green shoot,” “storm,” (Garzone, 2021) “lion,” “dragon,” “Israeli soldier,” “the *via dolorosa*,” “the cross,” “illegitimate son,” “king kong,” “bull,” “long dark tunnel,” (Abdel-Raheem, 2023)<sup>7</sup> “monster storm,” “disaster,” (Lahlou and Rahim, 2022) “attack,” “fight,” “battle,” “hit,” “catch,” “burden,” “wave,” “earthquake.” (Rasool, Jan, & Noreen, 2021) There was also prevalent talk of a “battle of humanity,” of a “fight against darkness,” of “trenches in hospitals,” of “heroes winning a battle” or “heroes on the front line”<sup>8</sup> (Bartilotti, 2021; Cassandro, 2020; Charteris-Black, 2021; Costa, 2020; Musu, 2020; Semino, 2021; Xu, 2023).

The authors have categorized metaphors in various source domains, including recurrent categories such as “the journey,” “natural phenomenon,” “person,” “game,” and “war.” (Pérez-Sobrinó et al., 2022, p. 137) These metaphors offer unique dimensions and perspectives on the pandemic and its effects, enriching our understanding without contributing to increased anxiety and pessimism. Despite intentionality, metaphors are expressions of knowledge (van Dijk, 2014) closely linked to their originating and usage contexts. Therefore, it is crucial to consider both the individuals who propagate them and the contexts in which they circulate, as metaphors serve as models for understanding reality and the challenges they address (Abdel-Raheem, 2023). The diversity of contexts implies many sources for metaphor generation, suggesting that metaphors are not static or predefined but continually evolve and adapt.

During the COVID-19 pandemic, metaphors serve various purposes. Firstly, they aim to instill courage in the population, acting as a moral incentive. Metaphorical discourse evokes emotions and values like hope, resilience, self-efficacy, solidarity, and care. Secondly, metaphors inform about the seriousness of the issue, warning citizens about the danger and magnitude of the virus, sometimes through exaggeration. Thirdly, they justify the measures taken. Political leaders, health authorities, and opinion leaders use metaphors to legitimize imposed rules and maintain a positive public image regarding their responsibilities (Castro Seixas, 2021; Crespo-Fernández, 2021).

These predominantly military metaphors highlight several characteristics of the pandemic: its overwhelming and threatening nature, health workers’ collective and delicate efforts, and the urgency of an adequate and determined individual and collective response. Labeling COVID-19 as a war paints a dramatic picture resembling an armed conflict, where prevention actions become weapons, health professionals are

7 Abdel-Raheem (2023) analyses a set of political cartoons and examines the existence of other possible important sources of metaphorical creativity, more based on visual or multimodal thinking than on verbal.

8 Cassandro (2020) emphasizes that the current situation is not a war but a healing time. Drawing a contrast between war and healing, the author highlights that war involves elements like enemies, borders, trenches, weapons, and deception. In contrast, care is characterized by qualities such as proximity, solidarity, compassion, humility, dignity, gentleness, tact, listening, authenticity, patience, and perseverance.

likened to the military, and political leaders are portrayed as generals or war strategists, with hospitals serving as trenches. This metaphor invites the population of each country to unite against a common and invisible enemy. However, war metaphors can evoke feelings of co-responsibility and cohesion, as well as anxiety, discord, and uncertainty (Lahlou & Rahim, 2022).

War metaphors, moreover, foster the need for a massive and determined mobilization against the virus, positioning health professionals at the forefront and depicting medicines and care as powerful weapons. These metaphors also evoke a sense of urgency and inevitability; thus, the call to combat the virus seeks to minimize the number of lives lost, interpreting them as collateral damage or casualties akin to military casualties. Similarly, they convey the binary idea of a defending “us” that must move to the front and an enemy that must be attacked with all available forces.

Why are military metaphors so effective and widespread in the medical field? War metaphors are ubiquitous because they rely on “a basic and widely shared schematic knowledge that efficiently structures our ability to reason and communicate about various situations, expressing an urgent and negatively courageous emotional tone that captures attention and motivates action.” (Flusberg et al., 2018) However, both elements are debatable, as most metaphors possess these qualities. Their basic structure generally enables memorability and the identification links they suggest while generating a reaction that can easily motivate action or attention. So, the question arises: Why might war metaphors be more effective than others?

The answer may lie in the argument put forth by Flusberg, Matlock, and Thibodeau (2018, p. 4), who contend that metaphors are effective when they meet three requirements: (a) the source domain recalls a relevant knowledge (or feeling) structure; (b) this knowledge is well known to speakers in the linguistic community; and (c) the comparison of the target with the source domain is appropriate in a given culture. These three criteria highlight the effectiveness of war metaphors, particularly in their relation to language and culture. In this sense, the figure of war becomes powerful firstly because battles generally have a strong basis in people’s understanding and sensibility, secondly because they are a diffuse truth in most cultures, and thirdly because, despite having detractors and supporters, this subject always generates a particular responsiveness.

Research indicates that war metaphors used in the health field quickly attract financial resources for scientific innovation, vaccine investment, or medical treatments (Hartmann-Mahmud, 2002; Nie et al., 2016). These images emotionally impact public opinion and decision-makers, prompting governments, international organizations, and philanthropists to act swiftly.

While metaphors are powerful tools for conveying ideas and feelings, effectively prompting action, we must recognize that they can also have limitations and risks, one of which is simplification (Amón, 2020; Cassandro, 2020; Elie, 2020). By emphasizing

particular characteristics, metaphors can lead to a biased or fragmented interpretation of reality, often reducing complex concepts to make them more easily understandable. For this reason, it is essential to analyze the cultural context and the circumstances in which they are used (Flusberg et al., 2018; Gibbs, 1999, 2011).

However, such metaphors may have drawbacks at the individual level. Specific individuals facing diseases may experience feelings of guilt or defeat when their health does not improve, or medical treatment fails to produce the expected results (Semino and Demjén, 2016; Sontag, 1978). In the context of a long-term disease or a pandemic, invoking such metaphors may be counterproductive, especially when it remains uncertain whether the battle can be won (Flusberg et al., 2018). Additionally, some experimental research suggests that certain war metaphors may diminish individuals' sense of individual responsibility, as they may hold the government accountable instead (Benzi & Novarese, 2022).

Many war metaphors promote a positive view of political actors. Notions of sacrifice, honor, and heroism contribute to legitimizing disproportionate authoritarian measures and maintaining their power (Crespo-Fernández, 2021; Garzone, 2021). Some governments, such as those led by Donald Trump and Boris Johnson, extensively utilize war metaphors for programmatic purposes, employing them as disciplinary devices (Garzone, 2021; Todorova, 2021). This becomes problematic when it divides the population into factions of winners and losers, masking and dispersing government responsibility (Benzi & Novarese, 2022).

The use and effect of medical metaphors, particularly war metaphors, are not unidirectional. Some authors have shown that during COVID-19, war metaphors were effective primarily on individuals who declared support for right-wing political positions (Panzeri & Domaneschi, 2021). This suggests that the impact of war metaphorical discourse varies among individuals and contexts. Individual reactions are also influenced by beliefs and attitudes toward the sources of dominance embedded in the metaphors (Brugman et al., 2022). For instance, soldier metaphors may resonate with those with little fear of military presence and intervention. Still, they may be inappropriate for individuals for whom the military's presence is a constant threat. Therefore, caution is warranted when using these metaphors. Politicians and opinion leaders can manipulate us through war metaphors, influencing our attitudes or opinions during health crises. However, assuming the full effectiveness of such metaphors without evidence can also lead to misconceptions (Benzi & Novarese, 2022).

## The refusal to use Metaphors.

Many studies from critical anthropology tend to disregard disease metaphors, primarily focusing on the political-structural aspects of these phenomena. Symbolic representations, practices, and cultural meanings that human groups use to explain

and cope with disease are often neglected. This type of analysis overlooks both subjectivity and other aspects of individual character. Although some cultural aspects are occasionally considered, they are typically relegated to macro-sociological research, often deemed merely anecdotal. By exclusively concentrating on the economic and political forces that constrain the lives of entire populations and individuals, we overlook that most social science theories and concepts are laden with metaphors. Categories such as the social body, network, and biosocial are just a small example of this common usage (Tootle et al., 2015). Given our linguistic and epistemological limitations in addressing the relations between the world and everyone, between what we call objective and subjective, metaphors not only evidence this precariousness and disconnection but also serve as a means for our knowledge and language to describe and explain what is happening in society, in our history, and each of our bodies.

Susan Sontag (1978, 1989) is among the researchers who have sharply criticized the use of metaphors in the medical field. She emphasizes that all diseases have a material and objective dimension expressed in the body through signs and symptoms. Additionally, all diseases have a “double” that manifests itself in cultural representations, particularly in metaphors, as an attempt to understand and cope with something that appears absurd and tragic. However, instead of providing relief or a solution, this “double” ends up reproducing stigmas and prejudices, generating more pain, fear, and exclusion in patients.

Nancy Sheper-Hugues and Margareth Lock (1986) criticize Sontag’s work in which she advocates for a “de-poeticization and de-metaphorization of disease.” They argue that not employing these resources would not only mean, in the medical field but at the level of all human experience, the acceptance of crude materialism that would entail the medicalization and reification of human misery or a form of “self-alienation or false consciousness.” (Taussig, 1980) Although numerous scholars agree on the need to eliminate metaphors, our minds depend on them; thus, we cannot escape them (Lakoff & Johnson, 2008). We use them to understand suffering and disease. These alternatives are problematic because, firstly, metaphorical discourse is part of our way of understanding the world. Secondly, these processes of interpretation generally come from various sources, follow paths that are difficult to control, and often stem from very intense and personal human experiences.

Instead, we could take this “double” or “other” of diseases seriously (Scheper-Hughes & Lock, 1986). If both diseases-illness and metaphors are social constructions, the duty of the researcher should be to describe their production, the interests at stake, who benefits from them, how they are reproduced and perpetuated, and what effects they have on society and on the experience of those who suffer from diseases. By proceeding in this way, the influence of metaphors on the perception and treatment of disease and the stigmatization or dehumanization of those who experience it could

be uncovered, exposing the power relations that influence health policies and medical practices that reflect their use.

### Three proposals.

Metaphors offer something to think about, talk about, and work with (Flusberg et al., 2018). In this sense, I propose to explore three elements to unravel their meaning at political, cultural, and ethical levels.

### *The recognition of the influence of power and politics*

The health field, mainly that of diseases, is a political space. According to the French sociologist Didier Fassin, health is a culturally determined construction that amalgamates the common sense of a social group and specialized knowledge and a space politically structured by the relationship between the physical and social body (Fassin, 1996, p. 35). This field encompasses the interaction of those considered sick, health professionals, and administrators<sup>9</sup>. Within this space, struggles occur to define the content of the notion of health and diseases, shaping the worldview itself.

Politics is a constitutive element in the social construction of disease and illness. The endeavor to “bring politics out of hiding” (Tesh, 1988, p. 177) involves not only focusing on public policies and health institutions but also delving into the narratives and language used, often laden with metaphors. Metaphors can be crucial in revealing the relationships between health and underlying power dynamics that perpetuate inequalities, reinforce implicit hierarchies in health, and obscure the social forces and actors involved. Metaphorical discourse can help highlight the medical environment’s power structure and understand how and who is marginalized from it. For example, using the metaphor “soldiers” or “heroes” applied to health professionals could lead to an over-reliance on their tasks in this context. Also, this metaphor could contribute to the idea that the solution to a health crisis depends solely on health professionals and not on directly dealing with the root causes of such health problems.

9 For Didier Fassin (1996), the political space of health extends beyond the biomedical domain, encompassing the social, political, and cultural context. He puts forth three crucial elements for comprehending this space: the integration of inequalities, the power to heal, and the governance of life. Fassin advocates for a holistic examination that includes not only health policies and institutions but also the discourses, rumors, and narratives surrounding the health field. This broader perspective emphasizes the interconnectedness of health with broader societal and political dynamics, urging a more comprehensive understanding of the complex factors influencing health outcomes.

Eliminating metaphorical discourse, as evidenced by the COVID-19 pandemic, is not feasible. First, governments incorporate these resources into their strategic plans for political and administrative purposes. Second, the spontaneous use of metaphors by the public, both in daily interactions and in the doctor-patient relationship, is pervasive and thus uncontrollable (Garzone, 2021).

Looking at the strategic dimension, assessing the forms and contexts in which metaphors are employed is crucial. Semino, Demjén, and Demmen (2018) rightly state that a metaphor's appropriateness, usefulness, and empowering nature depend on its contextualized use. Therefore, when politicians, governors, health professionals, and opinion leaders refer to COVID and other diseases using terms such as "war," "killer," "monster," "via dolorosa," or "long dark tunnel," we have to question whom they include with these images, whom or what they hold responsible for their origin and treatment, what images are being disseminated or legitimized, and what voices or interpretations are silenced (Castro Seixas, 2021). In other words, examining how people, particularly politicians, employ metaphorical discourse and its association with power is crucial. It is essential to understand what legitimizes these forms of expression and who benefits from them.

Metaphors, when misapplied, can render people helpless victims of invisible and random threats, hindering the identification of underlying economic and social violence as the true cause of health inequities, especially in impoverished communities. Instead of delving into the deep roots of a health problem, these metaphors often pave the way for superficial interventions that overlook the systemic inequities contributing to health disparities.

In the everyday dimension, it is acknowledged that controlling the creation and dissemination of metaphors is nearly impossible, as people tend to propose them spontaneously. However, we must note that these resources typically originate within the framework of shared discourses, ideas, beliefs, and practices within a given social space. Those who dismiss metaphorical discourse, even in its spontaneous use, as innocuous are mistaken, as it can embody a subtle yet potent form of "symbolic violence"<sup>10</sup> (Bourdieu, 1998), which entails internalizing social asymmetries through lenses that enable individuals to endure, survive, and adapt to even the most inhumane conditions. By attributing meaning and significance to specific characteristics at the expense of others, metaphors play a role in reproducing, reinforcing, and perpetuating power structures, social privileges, hierarchies, and their associated interests and narratives. Consequently, metaphors can contribute to shaping perceptions where

10 Symbolic violence operates subtly and often imperceptibly, typically exerted through mechanisms of ignorance. It aims to validate existing social orders and hierarchies, contributing to normalizing social, political, and economic asymmetries.

the conditions of specific patients and the health status of certain social groups are viewed as natural and deserved in some instances (Biehl, 2005; Bourdieu, 1998; Bourgois & Schonberg, 2009). At other times, these conditions may be rendered invisible or even complicit in maintaining existing power dynamics (Bourdieu, 2000; Kleinman et al., 1997).

## **Questioning Biomedical Knowledge**

Metaphors play a crucial role in unraveling the intricacies of biomedical knowledge, acting as a direct conduit to its transmission and functioning. They often render abstract and complex medical concepts comprehensible, bridging the gap between physicians' technical language and the everyday knowledge of the general population. Beyond serving as a mere communication vehicle, the analysis of medical metaphors provides insights into mental frameworks, encompassing beliefs, values, and ideas that contribute to the social construction of medical paradigms. By identifying and interpreting the nuances of metaphors in medical discourse, we can uncover the rhetorical and linguistic resources employed, shedding light on the fundamental ways we comprehend and articulate the complexities of disease.

Metaphors concerning health and disease serve as a lens through which we can discern the values, beliefs, and communal perspectives on well-being. Selecting a peculiar metaphor is not arbitrary; instead, it reflects a complex interplay of ideological considerations encompassing social norms, ethical orientations, religious viewpoints, and economic and political interests. Consequently, these metaphors encapsulate diverse cultures' collective thoughts and actions regarding the body, healing, death, and overall interpretations of what it means to be healthy (Conrad & Barker, 2010).

The above observations yield two significant consequences. Firstly, it underscores that metaphors serve as evidence of the social construction of biomedical knowledge. This acknowledgment implies an understanding that medicine, along with the comprehension of health and disease, is not exclusively objective or absolute. Instead, it is influenced by subjective, political, cultural, religious, and economic factors. Definitions of disease or medical treatment are not neutral; they are shaped by cultural contexts, impacting how health and disease are perceived by a social group and its health specialists (Fassin, 1996; Gibbs, 1999). For instance, in the case of metaphors like war and fire concerning COVID-19, both their interpretation and effect depend on the context (Semino, 2021), as does their production. This recognition emphasizes the limitations of biomedical knowledge, encouraging a more holistic view of disease that accepts multiple perspectives in understanding, describing, naming, and addressing them.

Secondly, as cultural elements, metaphors possess the ability to shape and influence states of health. Although contentious, this concept suggests that metaphors, as agents of action, can evoke emotional responses, facilitate the integration of the social world into individuals' bodies, and impact public perceptions and health-related decision-making (Scheper-Hughes & Lock, 1986).

On this matter, Scheper-Hughes and Lock (1986) caution against both converting tangible organic diseases (e.g., cancer) into poetic metaphors and transforming metaphors (e.g., depression) into diseases. Similarly, Alexander (2012, p. 1480) argues that “there can be no medical remedy for a problem that is not a disease,” challenging those who advocate for addressing any phenomenon clinically—essentially seeking to medicalize<sup>11</sup> personal or social problems (Maturó, 2012; McGann & Conrad, 2007). The question arises: Is medicine aimed at alleviating a disease or a metaphor? In essence, while disease symptoms are biological entities that can be understood and communicated through metaphors, some other metaphors reflect the harshness of the social world, expressing feelings and ideas that may not necessarily warrant medicalization.

### ***Promoting Social Justice and Ethical Practices***

As a third proposal, the potential of metaphors can be harnessed to combat social injustices in healthcare and improve the physician-patient relationship. These discursive tools can raise awareness of ethical issues in healthcare, given their persuasive nature that transcends linguistic and cultural barriers. Moreover, public perception and political decision-making can be influenced by analyzing the entirety of metaphorical discourse in specific health contexts. Metaphors thus become narrative tools that reveal the ethical realities at stake and mobilize society toward a more profound commitment to social justice and implementing ethical and equitable health practices.

Acknowledging the limits of biomedical knowledge and recognizing the diversity of ways of representing and dealing with the disease problem is vital in the context of social justice within the healthcare field. The first step towards equity in healthcare is epistemological and involves recognizing cultural beliefs, values, practices, norms, and individual perceptions. These differences are not simply rhetorical but encompass worldviews, social structures, and forms of action that, when delegitimized, can lead to inequity. Thus, which metaphors hold greater validity and veracity: those of war that frame a battle against the pandemic or those portraying it as the invasion of

---

<sup>11</sup> Medicalization can be defined as “the process through which certain aspects of human life come to be regarded as medical problems” and then treated medically (Maturó, 2012, p. 123).

an evil spirit? Additionally, which are more effective in mobilization and prevention: the metaphors used by politicians and educated doctors or those originating from popular wisdom?

Along these lines, we could speak of epistemic injustice<sup>12</sup> as a systematic means of invalidating the collective knowledge and social understanding of certain excluded subjects and groups by a sector of the population wielding more power to shape the meaning of a phenomenon (Broncano, 2020; Fricker, 2009, 2017; Lobb, 2018; McKinnon, 2016; Medina, 2018). Fricker particularly discusses hermeneutic injustice, where individuals are wronged in their capacity as subjects of social understanding (2009, p. 7). Hermeneutic injustice serves as a heuristic tool to illustrate how war metaphors employed during the pandemic may perpetuate inequalities by reinforcing dominant narratives and simplifying reality to the advantage of some while marginalizing alternative or peripheral interpretations.

What occurs on a general level can also apply to the doctor-patient relationship. Hegemonic medical knowledge and language often hinder understanding of patients' lived experiences. Typically, patients attempt to articulate their pain and suffering through metaphors, which healthcare professionals frequently dismiss (Broncano, 2020, p. 208). While Fricker proposes "proactive listening" to foster a more inclusive hermeneutic microclimate and open dialogue (2019, p. 173), it is imperative to recognize that a structural imbalance cannot be rectified solely through individual virtue. Therefore, we must discuss resistance against "blindness and meta-blindness," the dominance of normative and oppressive structures, and the struggle to proliferate diverse social narratives.

Accepting these narratives and their integral inclusion in healthcare structures and daily practice is working for justice. Healthcare professionals must recognize these nuances, which implies both linguistic proficiency and a deep appreciation of the cultural context in which health and disease are perceived. When these competencies are not included, there is a danger of imposing highly discriminatory models. For example, physicians, guided by an exclusionary medical vision, may inadvertently convey certain attitudes or expectations that influence patients' perceptions of their diseases. Social justice in the health field requires a commitment to address not only individual biases but also institutional and structural inequalities, perpetuated or reproduced through, but not limited to, metaphors that disproportionately affect certain social groups. Policies and actions that have as their basis the recognition of this diversity can collaborate in building a more inclusive and equitable health system.

12 The coloniality of knowledge, akin to epistemic injustice, highlights how colonial repression manifests in knowledge forms, systems of images, symbols, and expressions. It generates structural forms of nullifying the knowledge of subaltern groups (Quijano, 1992, p. 12).

## Conclusion

This article has delved into the significance and utility of metaphors as cognitive tools and drivers of action. It has particularly emphasized the role of metaphorical discourse within the realm of health. The exploration has highlighted that metaphors extend beyond mere linguistic expressions and are inseparable from our cognitive processes and daily experiences. Their constructive and detrimental impact in the medical domain is unmistakable. Metaphors play a pivotal role in shaping the perceptions, experiences, communication, and coping strategies related to diseases for healthcare professionals and patients.

This reflection, inspired by Scheper-Hughes' story, puts forward three propositions to unravel the meaning and function of metaphors at the political, cultural, and ethical levels. From a political perspective, metaphors are scrutinized for their influence on shaping perceptions and decisions in the public sphere, particularly in normalizing inequalities within the health domain and legitimizing the taxonomies that govern this space. From a cultural standpoint, metaphors are seen as cultural sediments, reflecting alternative ontologies and diverse worldviews concerning health and disease. This provides a means to challenge the dominance of biomedical knowledge and offers alternative perspectives on social issues that are often narrowly medicalized. Finally, from an ethical vantage point, metaphors prompt an examination of the moral implications embedded in the narratives they construct, raising questions about their contribution to justice and equity in decision-making and the formulation of social policies. Exploring these three dimensions enhances our understanding of the intricate interplay between language, cognition, and the lived experience of diseases and suffering, facilitating the development of more holistic health approaches.

## References

- Abdel-Raheem, A. (2023). "Where Covid Metaphors Come from: Reconsidering Context and Modality in Metaphor." *Social Semiotics* 33(5):971-1010. <https://doi.org/10.1080/10350330.2021.1971493>
- Abrams, M. H. & Harpham, G. (1998). *Glossary of Literary Terms*. 7th edition. Cengage Learning
- Alexander, B. K. (2012). "Addiction: The Urgent Need for a Paradigm Shift." *Substance Use & Misuse* 47(13-14):1475-82. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.705681>
- Amón, R. (2020). "No es una guerra: el coronavirus y la advertencia de Susan Sontag." *elconfidencial.com*. Retrieved November 13, 2023 ([https://www.elconfidencial.com/cultura/2020-03-27/coronavirus-guerra-advertencia-susan-sontag\\_2519016/](https://www.elconfidencial.com/cultura/2020-03-27/coronavirus-guerra-advertencia-susan-sontag_2519016/))
- Bartilotti, F. (2021). "COVID and Its Metaphors." *The Polyphony*. Retrieved November 13, 2023 (<https://thepolyphony.org/2021/01/26/covid-and-its-metaphors/>)

- Benzi, M. & Novarese, M. (2022). "Metaphors We Lie by: Our 'War' against COVID-19." *History and Philosophy of the Life Sciences* 44(2):18. <https://doi.org/10.1007/s40656-022-00501-2>
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. University of California Press
- Biro, D. (2010). *The Language of Pain: Finding Words, Compassion, and Relief*. 1st edition. W. W. Norton & Company
- Bleakley, A. (2017). *Thinking with Metaphors in Medicine: The State of the Art*. Routledge <https://doi.org/10.4324/9781315389448>
- Bourdieu, P. (1998). *Masculine Domination*. Stanford University Press
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian Meditations*. Stanford University Press
- Bourgeois, P. & Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*. University of California Press
- Broncano, F. (2020). *Conocimiento Expropiado. Epistemología política en una democracia radical*. Akal ediciones
- Brugman, B., Droog, E., Gudrun Reijnierse, W., Leymann, S., Frezza, G., & Renardel de Lavalette, K. (2022). "Audience Perceptions of COVID-19 Metaphors: The Role of Source Domain and Country Context." *Metaphor and Symbol* 37(2):101-13. <https://doi.org/10.1080/10926488.2021.1948332>
- Buchbinder, M. (2012). "'Sticky' Brains and Sticky Encounters in a U.S. Pediatric Pain Clinic." *Culture, Medicine and Psychiatry* 36(1):102-23. <https://doi.org/10.1007/s11013-011-9237-8>
- Cassandro, D. (2020). "Siamo in guerra! Il coronavirus e le sue metafore." *Internazionale*. Retrieved November 13, 2023 (<https://www.internazionale.it/opinione/daniele-cassandro/2020/03/22/coronavirus-metafore-guerra>)
- Castro Seixas, E. (2021). "War Metaphors in Political Communication on Covid-19." *Frontiers in Sociology* 5. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.583680>
- Charteris-Black, J. (2021). "Metaphors of the Pandemic: War." Pp. 31-59 in *Metaphors of Coronavirus: Invisible Enemy or Zombie Apocalypse?*, edited by J. Charteris-Black. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85106-4>
- Conrad, P. & Barker, K. (2010). "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications." *Journal of Health and Social Behavior* 51 Suppl: S67-79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Costa, P. (2020). "Emergenza coronavirus: non soldati, ma pompieri." *SettimanaNews*. Retrieved November 13, 2023 <http://www.settimananews.it/societa/emergenza-coronavirus-non-soldati-ma-pompieri/>
- Crespo-Fernández, E. (2021). "Metaphors Used to Communicate the Coronavirus State of Emergency in the United Kingdom and Spain: A Contrastive Analysis." *Miscelánea: A Journal of English and American Studies* 64. [https://doi.org/10.26754/ojs\\_misc/mj.20216050](https://doi.org/10.26754/ojs_misc/mj.20216050)

- El Refaie, E. (2014). "Appearances and Dis/Dys-Appearances: A Dynamic View of Embodiment in Conceptual Metaphor Theory." *Metaphor and the Social World* 4(1):109-25. <https://doi.org/10.1075/msw.4.1.08ref>
- El Refaie, E. (2016). "Analysing Metaphors in Multimodal Texts." in E. Semino & Z. Demjén (Ed), *The Routledge Handbook of Metaphor and Language* (pp. 148-162). Routledge
- Elie, P. (2020). "(Against) Virus as Metaphor." *The New Yorker*, March 19
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*. 1re éd. Presses Universitaires de France - PUF. [https://doi.org/10.1016/S1240-1307\(97\)86228-0](https://doi.org/10.1016/S1240-1307(97)86228-0)
- Fauconnier, G. & Turner, M. (2003). *The Way We Think: Conceptual Blending And The Mind's Hidden Complexities*. Basic Books <https://doi.org/10.1515/9783110895698.79>
- Fetterman, A. K., Bair, J. Werth, M., Landkammer, F., & Robinson, M. (2016). "The Scope and Consequences of Metaphoric Thinking: Using Individual Differences in Metaphor Usage to Understand How Metaphor Functions." *Journal of Personality and Social Psychology* 110(3):458-76. <https://doi.org/10.1037/pspp0000067>
- Flusberg, S., Matlock, T. & Thibodeau, P. (2018). "War Metaphors in Public Discourse." *Metaphor and Symbol* 33(1):1-18. <https://doi.org/10.1080/10926488.2018.1407992>
- Frank, A. W. (2011). "Metaphors of Pain." *Literature and Medicine* 29(1):182-96. <https://doi.org/10.1353/lm.2011.0316>
- Fricker, M. (2009). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. 1st edition. Oxford University Press <https://doi.org/10.1387/theoria.7>
- Fricker, M. (2017). "Evolving Concepts of Epistemic Injustice." in I.J., Kidd, J. Medina & G. Pohlhaus, G. Jr. (Ed), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (ed). (pp. 53-60). Routledge <https://doi.org/10.4324/9781315212043-5>
- Garzone, G. (2021). "Rethinking Metaphors in COVID-19 Communication." *Lingue e Linguaggi* 0(44):159-81. <https://doi.org/10.1285/i22390359v44p159>
- Gibbs, R. W. (1999). "Taking Metaphor out of Our Heads and Putting It into the Cultural World." in J. Gibbs & G.J. Steen (Ed), *Metaphor in Cognitive Linguistics: Selected papers from the 5th International Cognitive Linguistics Conference, Amsterdam, 1997, Current Issues in Linguistic Theory* (pp. 146-166). John Benjamins Publishing Company <https://doi.org/10.1075/cilt.175>
- Gibbs, R. W. (2011). "Evaluating Conceptual Metaphor Theory." *Discourse Processes* 48(8):529-62. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2011.606103>
- Hartmann-Mahmud, L. (2002). "War as Metaphor." *Peace Review* 14(4):427-32. <https://doi.org/10.1080/1040265022000039213>
- Hauser, D. J., Nesse, R. & Schwarz, N. (2017). "Lay Theories and Metaphors of Health and Illness." in C.M. Zedelius, B.C. Müller & J. W. Schooler (Ed), *The Science of Lay Theories: How Beliefs Shape Our Cognition, Behavior, and Health* (pp. 341-54). Springer International Publishing [https://doi.org/10.1007/978-3-319-57306-9\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-57306-9_14)

- Hauser, D., & Schwarz, N. (2015). "The War on Prevention: Bellicose Cancer Metaphors Hurt (Some) Prevention Intentions." *Personality and Social Psychology Bulletin* 41(1):66-77. <https://doi.org/10.1177/0146167214557006>
- Herrmann, J. & Berber Sardinha T., eds. (2015). *Metaphor in Specialist Discourse*. Amsterdam ; Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/milcc.4>
- Karska, K., & Prażmo, E. (2017). "Didactic Potential of Metaphors Used in Medical Discourse." *Linguistics Beyond and Within (LingBaW)* 3:102-16. <https://doi.org/10.31743/lingbaw.5653>
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (1997). *Social Suffering*. University of California Press <https://doi.org/10.1525/9780520353695>
- Kövecses, Z. (2010). *Metaphor: A Practical Introduction*. 2e edition. Oxford University Press
- Lahlou, H., & Rahim, H.A. (2022). "Conceptual Metaphors in North African French-Speaking News Discourse about COVID-19." *Indonesian Journal of Applied Linguistics* 11(3):589-600. <https://doi.org/10.17509/ijal.v11i3.35949>
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2008). *Metaphors We Live By*. University of Chicago Press
- Landau, M., Arndt, J. & Cameron, L. (2018). "Do Metaphors in Health Messages Work? Exploring Emotional and Cognitive Factors." *Journal of Experimental Social Psychology* 74:135-49. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.09.006>
- Landau, M., Keefer, L., & Rothschild, Z. (2014). "Epistemic Motives Moderate the Effect of Metaphoric Framing on Attitudes." *Journal of Experimental Social Psychology* 53:125-38. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.03.009>
- Lobb, A. (2018). "Prediscursive Epistemic Injury': Recognizing Another Form of Epistemic Injustice?" *Feminist Philosophy Quarterly* 4(4). <https://doi.org/10.5206/fpq/2018.4.6232>
- Margaryan, S., & Petrosyan, A. (2016). "Metaphor through the Lens of Clinical Medicine: The Case of Specialty-Specific Signs." *Armenian Folia Anglistika* 12(2 (16)):38-48. <https://doi.org/10.46991/AFA/2016.12.2.038>
- Masukume, G., & Zumla, A. (2012). "Analogies and Metaphors in Clinical Medicine." *Clinical Medicine (London, England)* 12(1):55-56. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-1-55>
- Maturo, A. (2012). "Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society." *Mens Sana Monographs* 10(1):122-33. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.91587>
- McGann, P. J., & Conrad, P. (2007). "Deviance, Medicalization Of." in *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosd049>
- McKinnon, R. (2016). "Epistemic Injustice." *Philosophy Compass* 11(8):437-46. <https://doi.org/10.1111/phc3.12336>
- Medina, J. (2013). *Epistemology of Resistance. Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imaginations*. Oxford University Press <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001>

- Medina, J. (2018). "Misrecognition and Epistemic Injustice." *Feminist Philosophy Quarterly* 4(4). <https://doi.org/10.5206/fpq/2018.4.6233>
- Mukherjee, S. (2010). *The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer*. Simon and Schuster
- Musu, C. (2020). "War Metaphors Used for COVID-19 Are Compelling but Also Dangerous." *The Conversation*. Retrieved November 13, 2023 (<http://theconversation.com/war-metaphors-used-for-covid-19-are-compelling-but-also-dangerous-135406>)
- Nie, J., Gilbertson, A., de Roubaix, M., Staunton, C., van Niekerk, A., Tucker, J., & Rennie, S. (2016). "Healing Without Waging War: Beyond Military Metaphors in Medicine and HIV Cure Research." *The American Journal of Bioethics : AJOB* 16(10):3-11. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1214305>
- Ottati, V., Rhoads, S., & Graesser, A. (1999). "The Effect of Metaphor on Processing Style in a Persuasion Task: A Motivational Resonance Model." *Journal of Personality and Social Psychology* 77(4):688-97. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.77.4.688>
- Panzeri, F., Di Paola, S. & Domaneschi, F. (2021). "Does the COVID-19 War Metaphor Influence Reasoning?" *PLOS ONE* 16(4):e0250651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250651>
- Pena, G., & Andrade-Filho, J.deS. (2010). "Analogies in Medicine: Valuable for Learning, Reasoning, Remembering and Naming." *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice* 15(4):609-19. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9126-2>
- Pérez-Sobrino, P., Semino, E., Ibarretxe-Antuñano, I., Koller, V. & Olza, I. (2022). "Acting like a Hedgehog in Times of Pandemic: Metaphorical Creativity in the #reframecovid Collection." *Metaphor and Symbol* 37(2):127-39. <https://doi.org/10.1080/10926488.2021.1949599>
- Quijano, A. (1992). "Colonialidad y modernidad/racionalidad." *Perú Indígena* 13(29):11-20. <https://www.lavaca.org/wp-content/uploads/2016/04/quijano.pdf>
- Rasool, S., Jan, A. & Noreen, R. (2021). "Disease and Conceptual Metaphors: A Corpus Analysis of English Newspaper Articles Related to COVID-19." *Corporum Journal of Corpus Linguistics* 4(2):95-111. <https://journals.au.edu.pk/ojsrcr/index.php/crc/article/view/168>
- Rizzuto, A. M. (2001). "Metaphors of a Bodily Mind." *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49(2):535-68. <https://doi.org/10.1177/00030651010490021601>
- Scheper-Hughes, N. (1990). "Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology." *Social Science & Medicine* 30(2):189-97. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90079-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90079-8)
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1986). "Speaking 'Truth' to Illness: Metaphors, Reification, and a Pedagogy for Patients." *Medical Anthropology Quarterly* 17(5):137-40 <https://doi.org/10.1111/j.1937-6219.1986.tb01061.x>
- Semino, E. (2021). "'Not Soldiers but Fire-Fighters' - Metaphors and Covid-19." *Health Communication* 36(1):50-58. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1844989>
- Semino, E., & Demjén, Z. (2016). "Using Metaphor in Healthcare: Physical Health." In *The Routledge Handbook of Metaphor and Language* (pp. 385-399). Routledge <https://doi.org/10.4324/9781315672953>

- Semino, E., Demjén, Z., & Demmen, J. (2018). An Integrated Approach to Metaphor and Framing in Cognition, Discourse, and Practice, with an Application to Metaphors for Cancer. *Applied Linguistics*, 39(5), 625-645. <https://doi.org/10.1093/applin/amw028>
- Sontag, S. (1978). *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. 1st edition. McGraw-Hill Ryerson Ltd
- Sontag, S. (1989). *AIDs and Its Metaphors*. 1st edition. Farrar, Straus and Giroux
- Tajer, C. (2012). "Thinking Medicine Metaphorically." *Argentine Journal of Cardiology* 80(6):485-93
- Taussig, M. (1980). "Reification and the Consciousness of the Patient." *Social Science & Medicine*. Part B: *Medical Anthropology* 14(1):3-13. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(80\)90035-6](https://doi.org/10.1016/0160-7987(80)90035-6)
- Tesh, S. (1988). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. Rutgers University Press
- Thibodeau, P., & Durgin, F. (2011). "Metaphor Aptness and Conventionality: A Processing Fluency Account." *Metaphor and Symbol* 26(3):206-26. <https://doi.org/10.1080/10926488.2011.583196>
- Todorova, B. (2021). "War Metaphors in Bulgarian Official Discourse during the COVID-19 Crisis." *Rhetoric and Communications* (46):99-117. <http://rhetoric.bg/war-metaphors-in-bulgarian-official-discourse-during-the-covid-19-crisis>.
- Tootle, W., Ziegler, J. & Singer, M. (2015). "Individuals Are Continents; or, Why It's Time to Retire the Island Approach to Addiction." *Substance Use & Misuse* 50(8-9):1037-43. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007684>
- Unschuld, P., trans. (1998). *Forgotten Traditions of Ancient Chinese Medicine: A Chinese View from the Eighteenth Century*. Paradigm Pubns
- Van Dijk, T. (2014). *Discourse and Knowledge: A Sociocognitive Approach*. Cambridge University Press <https://doi.org/10.1017/CBO9781107775404>
- Venkatesan, S., & Saji, S. (2020). "Reflections on the Visceral: Metaphors and Illness Experience." *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities* 12(1):1-11. <https://dx.doi.org/10.21659/rupkatha.v12n1.12>
- Xu, Q. (2023). "Comparing COVID-19 Metaphors in Chinese and English Social Media with Critical Metaphor Analysis." *Frontiers in Psychology* 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1198265>



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Commentary on “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology” by Lucienne Spencer and Matthew Broome

*Leonor Irarrázaval*

Escuela de Psicología, Vicerrectoría Académica,  
Universidad Tecnológica Metropolitana, Santiago, Chile  
[l.irrazaval@utem.cl](mailto:l.irrazaval@utem.cl)

Recibido: 14/11/2023 | Aprobado: 11/03/2024

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355491>

**Abstract:** This paper presents a critical commentary on the article “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology” by Lucienne Spencer and Matthew Broome (2023). The authors committed the “fallacy of ambiguous or vague definition” by incorrectly interpreting Karl Jaspers’ conceptualizations, resulting in difficulties following logical arguments and arriving at reasonable conclusions. To overcome this fallacy, the commentary provides conceptual clarifications regarding Jaspers’ empathic understanding (*emfühlendes Verstehen*), which was conceived as the foundational concept of his project to develop a phenomenologically oriented psychopathology. Jaspers initially introduced this concept in the article “*Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*” [The Phenomenological Research Direction in Psychopathology], published in 1912, and extended in his *magnum opus* “*Allgemeine Psychopathologie*” [General Psychopathology], published in 1913.

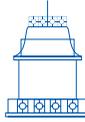
**Keywords:** applied phenomenology, psychopathology, empathic understanding, epistemic justice, virtuous listening

## How to cite this article:

Irarrázaval, L. (2024). Commentary on “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology” by Lucienne Spencer and Matthew Broome. *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 100-114. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355491>

OPEN  ACCESS





ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Comentario sobre “Los Daños Epistémicos de la Empatía en la Psicopatología Fenomenológica” de Lucienne Spencer y Matthew Broome

**Resumen:** Se presenta un comentario crítico al artículo “Los Daños Epistémicos de la Empatía en la Psicopatología Fenomenológica” de Lucienne Spencer y Matthew Broome (2023). Los autores cometieron la “falacia de la definición ambigua o vaga” al interpretar incorrectamente las conceptualizaciones de Karl Jaspers, lo que resultó en dificultades para seguir argumentos lógicos y llegar a conclusiones razonables. Para superar esta falacia, el comentario proporciona aclaraciones conceptuales sobre la comprensión empática de Jaspers (*einfühlendes Verstehen*), concebida como el concepto fundamental de su proyecto para desarrollar una psicopatología de orientación fenomenológica. Este concepto fue introducido inicialmente por Jaspers en el artículo “*Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*” [La Dirección de Investigación Fenomenológica en Psicopatología], publicado en 1912, y ampliado en su obra maestra “*Allgemeine Psychopathologie*” [Psicopatología general], publicada en 1913.

**Palabras clave:** fenomenología aplicada, psicopatología, comprensión empática, justicia epistémica, escucha virtuosa

**Leonor Irarrázaval:** Dr. phil. in the subject of Psychology, Heidelberg University, Germany (in cooperation with Pontificia Universidad Católica de Chile and Universidad de Chile)

Areas of expertise: Phenomenological psychopathology and psychotherapy

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3675-2768>



## Introduction

In the following lines, a critical commentary on the article “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology” by [Lucienne Spencer and Matthew Broome \(2023\)](#) is presented. The article’s authors reject the pursuit of a renewed version of Karl Jaspers’ “empathic understanding” because, according to their knowledge, this concept seems fundamentally epistemically flawed. Through their article, the authors figure out arguments accusing that empathic understanding risks (1) error, leading to misdiagnosis, mistreatment, and an overall misunderstanding of the experience at hand, (2) a unique form of epistemic harm that they call “epistemic co-opting” and (3) epistemic objectification. To conclude, the authors propose that the concept of empathic understanding should be eliminated in the direction of a so-called project “Renewing Phenomenological Psychopathology”. However, the authors committed the “fallacy of ambiguous or vague definition” due to an incorrect rendering of Jaspers’ concept, making it difficult to follow logical arguments and reach reasonable conclusions. To overcome this fallacy, the commentary presents conceptual clarifications on Jaspers’ empathic understanding (*emfühlendes Verstehen*), conceived as the founding notion of his project to develop a phenomenologically oriented psychopathology, which was introduced in the article “*Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*” [The phenomenological research direction in psychopathology] published in 1912 and extended in his *magnum opus* “*Allgemeine Psychopathologie*” [General Psychopathology] published in 1913. The authors also committed the “ad hominem fallacy” since they criticize Stanghellini’s and Ratcliffe’s notions of empathy without providing substantial arguments about their conceptualizations, thus missing information necessary to address these critiques in the commentary. In addition, a serious investigation of Jaspers’ work must not only contemplate the English versions (as the authors did), where translation errors are not rare to find; to achieve rigorous conceptual precisions, it is mandatory to review the original German versions, too.

This commentary is linked to the 3-year research project entitled “Phenomenology of Empathy: The Constitution of Thou- and We-relationships and their Pathologies” funded by the Chilean National Agency for Research and Development ANID. The project involved interdisciplinary collaboration between philosophers, psychiatrists, and psychologists with a phenomenological philosophical background. The main project objective was to provide a phenomenological framework for conceptualizing empathy and its disturbances, delineating a more precise definition for clinical practice and empirical research. The development of the project was grounded in the Husserlian tradition and incorporated classical descriptions of the phenomenology of empathy, particularly from [Edmund Husserl \(1952; 1959\)](#), [Edith Stein \(1917\)](#), and [Karl Jaspers \(1912; 1913\)](#). Besides Stanghellini ([Stanghellini & Rosfort, 2013](#)) and [Ratcliffe \(2012; 2017\)](#), these classic philosophical analyses on empathy are still influencing

contemporary phenomenological approaches on the topic (Breyer, 2013, 2019, 2020; Breyer & Hussain, 2014; Jardine, 2014, 2015, 2017; Schnegg & Breyer, 2022; Zahavi, 2001, 2007, 2010, 2014a, 2014b).

Within the tradition of European phenomenology, there is general agreement that, in its minimal definition, empathy is a mode of intentionality that makes it possible to access the “foreign” experience of another person, with the awareness of the other’s subjectivity as being different from one’s own (Zahavi, 2015). There is also agreement regarding a distinction between two forms of empathy: basic and extended empathy. Basic empathy enables direct access to the experience of others via perception of their non-verbal bodily expressions, including body movements, gestures, and facial expressions. Extended empathy transcends apparent perceived phenomena to understand another person’s worldview, existential meanings, and experience of vulnerability (Irarrázaval, 2020; Irarrázaval & Kalawski, 2022). These conceptualizations point towards promoting a psychological empathic approach to mental illnesses, introducing ethical considerations within the clinical practice by highlighting the implications of a phenomenological approach to mental health: first, non-discrimination and de-stigmatization for patients; second, open-mindedness regarding psychotherapeutic recovery (Irarrázaval, 2022).

### (i) Jaspers’ notion of empathic understanding

Spencer and Broome’s statement, “Jaspers observes that one manner in which the ‘psychic life’ could be interpreted is through a genetic understanding” (2023, p. 5), as well as their reading of Jaspers’ empathic understanding as “transferring one-self into the other individual’s psyche” (p. 7), contain conceptual imprecisions that invalidate their arguments throughout the article, leading to a conclusion that points in the wrong direction.

Regarding the former quotation, Jaspers does not define empathy as a means of “interpretation” in terms of theory-theory (Baron-Cohen et al., 1986) or simulation theory (Goldman, 2006), which both put their focus on the *representation* of another person’s experience. In contrast, Jaspers (1912) argues that phenomenology is based on what *presents* itself in the patient’s experience and not on what is theoretically constructed as the basis of the psyche: “Whoever does not have eyes to see cannot practice histology; whoever is reluctant or does not have the talent for *visualizing* (*vergegenwärtigen*) the psyche and see it alive cannot understand phenomenology” (p. 397). Such visualization of the psyche is not sensory but rather empathic. Jaspers makes it clear that anything that does not really present itself to the patient’s consciousness should be outside of consideration, thus cautioning clinicians always to ask themselves: Does the patient really experience this? Accordingly, the German term

*Vergegenwärtigung* would be preferably translated as “presentification” or “visualization” (of the *presented* experience). However, in the English version, it is translated as “representation” (Jaspers, 1968), which in German would instead be *Repräsentation*, leading to a meaning opposite to Jaspers’.

Concerning the latter quotation, Jaspers (1912; 1948) does not emphasize empathy in the context of imagining oneself in another person’s position through a simulated “as if” scenario projected onto the other. Instead, he considers the importance of understanding another person by genuinely contemplating their actual experience rather than relying on one’s perspective. In the German version, Jaspers (1912) uses the expression “*Hineinversetzen in die Seele des anderen*”, which was translated into English as “Transferring oneself into the other individual’s psyche” (Jaspers, 1968, p. 1314). However, the German term *Hineinversetzen* is composed of two parts: *Hinein* and *versetzen*. *Hinein* preposition translates to “into” or “in” in English, which indicates a direction or movement “toward the inside” or “into something”. *Versetzen* verb means “to put” or “to place”. So, this phrase conveys the idea of entering another’s person emotional and psychological experience, seeking to understand their deepest thoughts and feelings. In a more fluid sense, this phrase would be more precisely translated as “to empathize with the soul of the other” or “to understand the innermost feelings of the other” from their own perspective.

## (ii) Self-other distinction and us-them division

Spencer and Broome (2023) affirm: “There is a danger of perpetuating an ‘us and them’ dynamic in mental health literature between the clinician and the patient, as though the clinician were an abstract being, devoid of illness experiences” (p. 6). However, the authors seem to confuse the notion “us-them division” with the notion “self-other distinction” since the former does not apply to the interaction between the clinician and the patient, but rather to a social dimension, e.g., group formation. Indeed, it is rather necessary to perpetuate the self-other distinction between the clinician and the patient. The danger of losing the self-other distinction is that the patient’s unique experience may become eclipsed by the clinician’s perspective, ultimately impeding understanding of how the patient truly makes sense of their own experience (Irarrázaval, 2022).

Instead, the notion of us-them division has been applied to the analysis of social identity processes that determine the recognition of ingroup towards outgroup members, where disturbances in empathic communication may lead to stigmatization, discrimination, and social exclusion. Concerning group identity, it has been described as “dissociation of empathy” cases in which persons do not identify out-group members as analogous persons, so they approach them as the third

person plural *they*; in contrast, members of their group are approached as *we* (Fuchs, 2019). Accordingly, the us-them division may occur between ingroup members with the category *clinicians* and outgroup members with the category *patients*, when the latter are classified according to stereotypical categories (e.g., diagnosis) rather than approached as unique persons.

### **(iii) Experiencing mental illness and clinical training in psychiatry**

Spencer and Broome (2023) claim that experiencing mental illness is the cause for pursuing a career in psychiatry and then contradict themselves by pointing out:

In cases where the clinician has had a lived experience of the condition in question, this step of empathic understanding would not be necessary, as they would already have the experiential knowledge required. Clinicians who need to exercise empathic understanding are those without the requisite lived experience (Spencer & Broome, 2023, p. 6).

Then, following the authors' logic, clinicians who have experienced mental illness would not need to pursue a career in psychiatry but rather be sort of self-taught or autodidact psychiatrists. Conversely, clinicians, in general, would agree that experiencing mental illness is not necessarily the cause for pursuing a career in psychiatry and that they do require clinical training in empathic understanding, independently of whether they have experienced mental illness themselves or not. Furthermore, most phenomenological clinicians would agree that experiencing schizophrenia would not necessarily be the cause for pursuing a career in psychiatry and that, in such cases, clinical training in empathic understanding would certainly be required.

### **(iv) Experiencing the other's similar situation and empathic understanding**

Spencer and Broome (2023) point out: "It is important to note that the psychiatrist may in fact have experienced, or may be experiencing, the same 'psychic situation' as the patient" (p. 6). However, this points out the authors' misconception of Jaspers' notion of empathic understanding, which is consistent with a phenomenological definition of empathy. From a phenomenological approach, to be empathic towards another person does not require to have experienced or be experiencing the other's same situation since empathy is not thinking, imagining, or imitating the other person's experience. Ultimately, empathy allows an understanding of the patient's worldview and existential meanings (Irrarázaval, 2020a). Moreover, Jaspers (1912) states that phenomenological

research aims to gain an empathic understanding of how psychopathological phenomena are experienced by the patient, even in the absence of the clinician's similar personal experiences, when apparently peculiar anomalous phenomena escape familiar patterns and normality. In addition, empathic understanding is not implicit knowledge, as the authors suggest, but rather an explicit one, because Jaspers (1912) proposes the development of a subjective psychopathology at the scientific research level, which can provide communicable, verifiable, and debatable knowledge. On an implicit level, there is basic empathy, which is the constitutional level of intersubjectivity (Irarrázaval & Kalawski, 2022).

### (v) Empathy as a distinct mode of intentionality

Spencer and Broome (2023) state: “Much like Jaspers, Husserl compares empathy to a form of perception” (p. 7). Again, the authors' statement is inaccurate because, for Husserl (1952), empathy is a distinctive modality of intentionality, which differs from other modalities such as fantasy and memory, including perception:

Human beings as members of the external world are originally given insofar as they are apprehended as units of corporeal bodies and souls: I experience in primal presence the bodies which are externally standing over against me, just like other things, and in “appresence” the interiority of their psychic lives (Husserl, 1952, p. 163).

For Jaspers (1948), psychic phenomena that are not directly perceived can only be psychologically understood using empathy, thus stating that there are two different modes of understanding: the “static” and the “genetic”. The static mode involves the understanding of psychic states or qualities through the other person's manifestations directly presented to us, including body movements, gestures, and facial expressions, as well as personal materials such as works of art and writings, namely objective psychopathology. However, this static mode of understanding is not a psychological understanding as such. The other person's expressions can be understood as manifestations of the psyche. However, any understanding we have of them does not necessarily imply that we have gained an understanding of the psyche itself. For its part, the “genetic” mode is that of empathy: the psychological understanding of “meaningful connections” (*verständliche Zusammenhänge*) of how one mental phenomenon emerges from another mental phenomenon, namely subjective psychopathology. For instance, how certain thoughts can arise from moods, wishes, or fears. While Jaspers' static mode of understanding corresponds to a basic form of empathy, his genetic or proper psychological mode of understanding corresponds to an extended form of empathy.

## (vi) Empathic understanding as indirect and complementary

Spencer and Broome (2023) show another conceptual inaccuracy when they affirm:

So too, Jaspers' empathic understanding allows for the "immediate grasp of expressive phenomena." In this sense, we can interpret Jaspers' empathic understanding as quasi-direct, thus retaining a distinction between I and Other. This would explain Jaspers' ostensibly paradoxical description of empathic understanding as simultaneously direct and indirect (Spencer & Broome, 2023, p. 7).

According to Jaspers (1948), static or objective psychopathology refers to the *direct* understanding of expressive phenomena; that is, the phenomenological visualization (*Vergegenwärtigung*) of the patient's lived experience through their self-descriptions. Genetic or subjective psychopathology refers to the *indirect* psychological understanding of mental life, that is, the empathic understanding of the patient's mental state through unfolding their inner meaningful connections. So, Jaspers differentiates between a direct understanding of expressive phenomena and an indirect empathic understanding of mental meaningful connections. Therefore, there is no paradox in describing empathic understanding as indirect, which is not exclusive but rather complementary to the direct understanding of expressive phenomena.

## (vii) Causal explanation versus empathic understanding

Spencer and Broome (2023) claim: "For the 'ununderstandable' Jaspers suggests we turn to 'explanation' or Erklären as he believes that primary delusions can only be understood through naturalistic causal explanation rather than understanding them as meaningfully motivated by various circumstances" (p. 8). In contrast to the authors' claim, Jaspers (1948) affirms that primary delusions can be *causally explained from a naturalistic approach*, constituting the limit or inflection point for the understandable. Consequently, he distinguishes between two different approaches to psychic life: the natural-scientific approach of providing a "causal explanation" (*Erklären*) of objective data (on neurobiological processes) from "without" and the "understanding" (*Verstehen*) of subjectively lived phenomena from "within."

Jaspers (1948) acknowledges that the question of what "the delusion" is (*Der Wahn*) corresponds to an essential question in psychopathology, although its simple definition as "an idea that is wrong" (*verkehrte Vorstellung*) and incorrigibly held is not only external but also incorrectly answered. He states that delusion is a "fundamental phenomenon" (*Urphänomen*) and emphasizes that the *experience* within which delusion takes place is the experience and thinking of reality:

Methodologically speaking, delusions can be addressed from multiple perspectives, for instance, phenomenologically as a lived experience, from the standpoint of a psychological performance as a thought disorder, from the view of organizational psychology as a mental product, from the meaningful connections of empathic understanding as motivated dynamic phenomena, and in the framework of a nosological-biographical study as a break in the context of a normal life cycle or the continuity of a personal development (Jaspers, 1948, p. 82).

Jaspers (1948) distinguishes between “primary” (*primäre*) and “secondary” symptoms (*sekundäre Symptome*). Primary symptoms are direct manifestations of the underlying psychological or biological process that characterizes a specific mental disorder. At the same time, secondary symptoms arise due to primary symptoms and the person’s response to them. In this sense, delusional experiences in schizophrenia are primary (*primäre Wahnerlebnisse*) and social withdrawal secondary.

It is important to note that *Ur-* is a German prefix meaning “primeval” (seldom also “primitive”) or even simply “original”. In contrast, the term *primäre* means actually “primary,” although both *Urphänomen* (fundamental phenomenon) and *primäre* (primary) were translated in the English version as “primary” (Jaspers, 1997), leading to confusion. The fundamental phenomenon (*Urphänomen*) emphasizes the personal, subjective, and existential experience of mental illness from the patient’s perspective; primary symptoms (*primäre Symptome*), instead, focus on observable clinical symptoms that arise from that fundamental experience. Jaspers (1948) highlights the importance of both aspects to have a more comprehensive phenomenological psychopathological approach to schizophrenia.

It is also important to note that in German, there is a distinction between *Wahn*, meaning “delusion,” and *primäre Wahnerlebnisse*, meaning “primary delusional experiences”. However, *primäre Wahnerlebnisse* was translated simply as “primary delusion” (Jaspers, 1997), confusing “delusion” as a fundamental phenomenon (*Urphänomen*) with “delusional experiences” such as delusional ideas as primary symptoms (*primäre Symptome*). Jaspers’ approach to understanding schizophrenia focuses on the fundamental experiential self-disorder as well as the primary and secondary symptomatic manifestations (e.g., delusional ideas, hallucinations, social withdrawal, etc.) without reducing them to simple causal explanations.

Although, in schizophrenia, delusional ideas (*Wahnerlebnisse*) are characterized by their ununderstandability, this does not imply they should be conceived as an irreversible primary symptom or inadequate for empathic understanding. Jaspers (1912) points out that in psychopathology, we encounter mental phenomena that occur under conditions apparently not psychologically understandable; for him, these psychopathological phenomena are precisely the object of phenomenological

research aimed at achieving an empathic understanding of how they really manifest themselves. In fact, he wonders how far our empathic understanding could go, even without the basis of our own conscious experiences in a similar direction, and it seems to him that this cannot be definitively answered, leaving an open possibility.

### **(viii) The ununderstandable in empirical and philosophical psychology**

Jaspers (1948) considers that the “ununderstandable” (*Das Unverständliche*) lies either in the extra-conscious, biological-based mechanisms explained and researched causally. Alternatively, the ununderstandable lies in the existence (*der Existenz*) as a “limit situation” understood as possibilities of existence revealed through self-illumination and self-knowledge. From the side of existence, the ununderstandable is freedom (see p. 256 and p. 258). Thus, Jaspers’ limit situation concept may be conceived in an *empirical psychological* sense as an ununderstandable aspect of experience, but also in a *philosophical psychological* sense as a possibility to expand the person’s worldview towards a new horizon (Irarrázaval, 2020a).

Besides, the notion of schizophrenia as merely a biological disease should be situated in the early 20th century. It is precisely this dogmatic approach to schizophrenia as a disease of a chronic condition of ununderstandability that has (and still does) hindered empathic approaches to it. In fact, Jaspers’ (1948) philosophical psychological approach of the “psyche” (the Greek term for soul or breath of life) transcends the modern reductive epiphenomenalism of the naturalized approach of biomedical psychiatry. Even more, the realization of this reductionist limitation is what inspired Jaspers’ project on the development of a subjective phenomenological psychopathology, providing a magnificent, unsurpassed contribution.

In over 100 years, phenomenological psychiatry and psychology have developed a comprehensive scientific non-reductionist approach to mental illnesses (Fuchs, 2017), with a more recent focus on theoretical and empirical investigations on pre-reflexive self-awareness and the experience of vulnerability in schizophrenia (see Irarrázaval, 2020b; 2022). Currently, despite the use of extremely sophisticated technologies, there is insufficient scientific evidence to support a causal biological explanation for schizophrenia. Scientific evidence indicates that schizophrenia should now be considered a polygenic, etiologically diverse, and multicausal mental illness (Häfner, 2014). Nowadays, scientific evidence supports empathic understanding approaches to schizophrenia in the direction of renewed research in phenomenological psychopathology, thus moving forward by bridging new scientific knowledge in consistency with its tradition.

## (ix) First- and second-person perspectives

Spencer and Broome (2023) affirm: “In attempting to assume the first-person perspective of the patient, the clinician is likely to misrepresent the condition. Consequently, empathic understanding is highly vulnerable to error and hinders knowledge acquisition” (p. 12). However, within phenomenology, it has been widely argued that the clinician positions himself in a second-person perspective (León et al., 2022), following Jaspers’ empathic understanding, precisely to highlight that the first-person perspective is that of the patient’s lived experience and not that of the clinician’s. Thus, Fricker’s concept of “epistemic injustice” does not apply to Jaspers’ empathic understanding, as the authors accuse, since it rather points to the opposite: epistemic justice. Situated in a second-person perspective, phenomenological clinicians do not claim to have the same knowledge of the patients’ lived experience; therefore, contrary to what the authors argue, it does not co-opt the patients’ “epistemic privilege”. By considering the patient’s first-person experience self-descriptions, their epistemic privilege is respected. In addition, the concepts “epistemic privilege” and “epistemic objectivation” would be more applicable to the stigmatization and objectification of standardized psychiatric diagnoses and not to an empathic psychological approach to the patient’s experience, at least not in terms of a proper phenomenological psychopathological conceptual framework.

Furthermore, within a phenomenologically oriented psychotherapy, the psychotherapist would precisely aim at what Fricker calls “virtuous listening” and what the authors suggest about “co-production.” Evidently, Fricker’s concepts of epistemic injustice and virtuous listening are highly relevant to clinical practice and have already been incorporated into phenomenological clinical analysis (Ritunnano, 2022). It would certainly be interesting to continue deepening this line of research. Nevertheless, pursuing the replacement of empathic understanding does not seem necessary, which the authors have unsuccessfully attempted to promote.

## (x) Phenomenology in philosophy, psychiatry, and psychology

Finally, it seems important to distinguish between phenomenologically oriented philosophy, psychopathology, and psychotherapy, which differ in terms of their means and ends. In philosophy, the phenomenological method serves to reflect on fundamental ontological questions concerning our subjective and active participation in the constitution of the world (Zahavi, 2019). On the other hand, in phenomenological psychopathology and psychotherapy, where the conceptualizations of philosophical phenomenology are applied, the methods serve to achieve more precise, complete, and differential diagnoses (psychopathology), to improve psychological treatment (psychotherapy) and the well-being of patients (Irarrázaval, 2020b).

Jaspers (1912) attempts to develop a categorization of mental phenomena and their disturbances, leading to a psychological understanding of the functioning of psychic

life. In this sense, he proposes the development of subjective psychopathology, where empathic understanding is fundamental: "Empathic understanding (*emfühlende Verstehen*) is the intrinsic psychological understanding (*psychologische Verstehen*) of the psychic itself" (Jaspers, 1948, p. 255). From this approach, empathy's function as revealing another person's subjective experience is a methodical instrument of self-knowledge. Through empathy, we come to know other people by engaging with their descriptions of self-experience, much like how we know ourselves through self-observation. Jaspers (1912) proposes an unprejudiced empathic understanding of the psychic life as presented in the patient's self-experience, promoting what he terms the "open-minded" phenomenological attitude. Concluding his 1912 article, he expresses the aspiration that applying phenomenology in this manner will not only validate but also enrich our understanding of the genuine experiences of psychiatric patients.

## Conclusion

Jaspers' notion of empathic understanding is not only foundational in phenomenological psychopathology but also core in psychotherapy of this orientation. Thus, eliminating the concept of empathic understanding, as Spencer and Broome (2023) propose, would be as misleading as trying to eliminate the concept of empathy in Husserl's phenomenology, where it is central in the constitution not only of intersubjectivity but also of natural sciences' objectivity. Alternatively, to give an example from another theoretical framework, it would be just as unreasonable as trying to eliminate Freud's notion of the unconscious in psychoanalysis.

## Acknowledgment

This work was financially supported by the Chilean National Research and Development Agency: ANID / FONDECYT de Iniciación / 2020 / FOLIO 11200138. An initial version of the manuscript was presented at the Reading Group "Patient Subjects, Vulnerable Subjects", organized by the Spanish National Distance Education University UNED and the International Network of Naturalized Phenomenology, Hermeneutics, and Disease Theories.

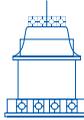
## References

- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1986). Mechanical, behavioral, and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 4, pp. 113–125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-835X.1986.tb01003.x>

- Breyer, T. (2013). Empathie und ihre Grenzen: Diskursive Vielfalt – phänomenale Einheit? In T. Breyer (Ed.), *Grenzen der Empathie. Philosophie, psychologische und anthropologische Perspektiven* (s. 7-36). Paderborn: Wilhelm Fink. [https://doi.org/10.30965/9783846755167\\_003](https://doi.org/10.30965/9783846755167_003)
- Breyer, T. (2019). Self-affection and perspective-taking: The role of phantasmatic and imaginary consciousness for empathy. *TOPOI* 39, pp. 803-809. <https://doi.org/10.1007/s11245-018-9627-4>
- Breyer, T. (2020). Empathy, sympathy, and compassion. In T. Szanto & H. Landweer (Eds.), *Routledge Handbook of Phenomenology of Emotions* (pp. 427–440). London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315180786>
- Breyer, T. & Hussain, S. T. (2014). Empathie. In G. Jüttemann (Ed.), *Entwicklungen der Menschheit: "Integrative Humanwissenschaft" als Forschungs kooperative und Metadisziplin*" (s. 233–240). Lengerich: Pabst.
- Fuchs, T. (2017). *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford, UK: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199646883.001.0001>
- Fuchs, T. (2019). Empathy, group identity, and the mechanisms of exclusion: An investigation into the limits of empathy. *Topoi*, 38, pp. 239-250. <https://doi.org/10.1007/s11245-017-9499-z>
- Goldman, A. (2006). *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. Oxford, UK: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0195138929.001.0001>
- Häfner, H. (2014). The concept of schizophrenia: From unity to diversity. *Advances in Psychiatry* 2014, pp. 1–39. <https://doi.org/10.1155/2014/929434>
- Husserl, E. (1952). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution* [Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy. Second Book: Studies in the Phenomenology of Constitution]. The Hague, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (1959). *Erste Philosophie (1923/24). Zweiter Teil: Theorie der phänomenologischen Reduktion* [First Philosophy. Second Part: Theory of the Phenomenological Reduction]. The Hague, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Irarrázaval, L. (2020a). Empathy for the foreign experience: A convergent phenomenological definition. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 40(3), 174-186. <https://doi.org/10.1037/teo0000128>
- Irarrázaval, L. (2020b). A phenomenological paradigm for empirical research in psychiatry and psychology: Open questions. *Frontiers in Psychology*, 11, 1399. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01399>
- Irarrázaval, L. (2022). Human vulnerability: A phenomenological approach to the manifestation and treatment of mental illness. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 53(4), 384-394. <https://doi.org/10.1080/00071773.2022.2048958>

- Irarrázaval, L. & Kalawski, J. P. (2022). Phenomenological considerations on empathy and emotions in psychotherapy. *Frontiers in Psychology. Section Psychopathology*. Research Topic "Situating Phenomenological Psychopathology: Subjective Experience Within the World." <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1000059>
- Jardine, J. (2014). Husserl and Stein on the phenomenology of empathy: perception and explication. *Synthesis Philosophica*, 29(2), 273-288.
- Jardine, J. (2015). Stein and Honneth on Empathy and Emotional Recognition. *Human Studies*, 38(4), 567-589. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9361-5>
- Jardine, J. (2017). Elementary recognition and empathy: A Husserlian account. *Metodo. International Studies in Phenomenology and Philosophy*, 5(1), 143-170. <https://doi.org/10.19079/metodo.5.1.143>
- Jaspers, K. (1912). Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 9, 391-408. <https://doi.org/10.1007/BF02911781>
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Jaspers, K. (1948). *Allgemeine Psychopathologie*, 5. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. (Originally published 1913).
- Jaspers, K. (1968). The phenomenological approach in psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1313-1323. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1313>. Originally published in 1912.
- Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology* (J. Hoenig & M.W. Hamilton, trans). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. (Originally published 1913). <https://doi.org/10.56021/9780801858154>
- León, F., Zandersen, M., Meindl, P., and Zahavi, D. (2022). The distinction between second-person and third-person relations and its relevance for the psychiatric diagnostic interview. In M. Biondi, A. Picardi, M. Pallagrosi, & L. Fonzi (Eds.), *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process* (pp. 51-69). Switzerland: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_4)
- Ratcliffe, M. (2012). Phenomenology as a form of Empathy. *Inquiry: A Journal Of Medical Care Organization, Provision, And Financing*, 55(5), 473-495. <https://doi.org/10.1080/0020174X.2012.716196>
- Ratcliffe, M. J. (2017). Empathy without simulation. In M. Summa, T. Fuchs, & L. Vanzago (Eds.), *Imagination and Social Perspectives: Approaches from Phenomenology and Psychopathology* (pp. 199-220). London UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315411538>
- Ritunnano, R. (2022). Overcoming hermeneutical injustice in mental health: A role for critical phenomenology. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 53(3), 243-260. <https://doi.org/10.1080/00071773.2022.2031234>

- Schnegg, M. & Breyer, T. (2022). Empathy Beyond the Human. The Social Construction of a Multispecies World. *Ethnos*. <https://doi.org/10.1080/00141844.2022.2153153>
- Spencer, L. & Broome, M. (2023). The epistemic harms of empathy in phenomenological psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s11097-023-09930-1>
- Stanghellini, G. & Rosfort, R. (2013). Empathy as a Sense of Autonomy. *Psychopathology*, 46 (5): 337-344. <https://doi.org/10.1159/000353273>
- Stein, E. (1917). *On the problem of empathy, The collected works of Edith Stein, Vol. 3* (W. Stein, trans.). Washington, D.C.: ICS Publications 1989.
- Zahavi, D. (2001). Beyond Empathy Phenomenological Approaches to Intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 8, pp. 151–67.
- Zahavi, D. (2007). Expression and Empathy. In D. Hutto & M. Ratcliffe (Eds.), *Folk Psychology Re-Assessed* (pp. 25–40). Dordrecht: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5558-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5558-4_2)
- Zahavi, D. (2010). Empathy, Embodiment and Interpersonal Understanding: From Lipps to Schutz. *Inquiry*, 53, pp. 285–306. <https://doi.org/10.1080/00201741003784663>
- Zahavi, D. (2014a). Empathy and Other-Directed Intentionality. *Topoi: An International Review of Philosophy*, 33, pp. 129–142. <https://doi.org/10.1007/s11245-013-9197-4>
- Zahavi, D. (2014b). *Self and Other: Exploring subjectivity, empathy, and shame*. Oxford, UK: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199590681.001.0001>
- Zahavi, D. (2015). You, me and we: The sharing of emotional experiences. *Journal of Consciousness Studies*, 22, pp. 84–101.
- Zahavi, D. (2019). *Phenomenology: The Basics*. London, UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315441603>



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Del autopercatamiento corporal a la experiencia de alteridad en el cuerpo: el caso de la somatoparafrenia\*

María Clara Garavito Gómez

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

E-mail: [mariagaravitogo@gmail.com](mailto:mariagaravitogo@gmail.com)

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

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355336>

**Resumen:** Los pacientes con somatoparafrenia reportan que una extremidad no les pertenece. En filosofía, esta psicopatología motiva la discusión sobre el autopercatamiento, entendido como el sentido de propiedad que acompaña nuestras experiencias mentales. También motiva reflexiones sobre el autopercatamiento corporal; es decir, sobre la experiencia de un miembro como parte del propio cuerpo. Propongo que la somatoparafrenia involucra una dimensión intercorporal anómala. A diferencia de otras patologías de la espacialidad del cuerpo, en la somatoparafrenia se gana alteridad dentro de los límites del cuerpo orgánico: el miembro pertenece a otro. Desarrollo mi propuesta en dos partes: en la primera, retomo discusiones de la filosofía sobre la autopercatamiento corporal usando la somatoparafrenia como ejemplo. En la segunda parte, planteo algunas reflexiones para entender el problema de la alteridad en la somatoparafrenia, y por qué este trastorno puede ubicarse dentro de las discusiones actuales sobre las vivencias intercorporales.

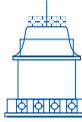
**Palabras clave:** Somatoparafrenia, sentido de propiedad corporal, intercorporalidad, familiaridad, estilo.

\* Becaría Postdoctoral en la UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas. Asesorada por el Dr. Edgar González Varela.

## Cómo citar este artículo

Garavito Gómez, M. (2024) Del autopercatamiento corporal a la experiencia de alteridad en el cuerpo: el caso de la somatoparafrenia. *Estudios de Filosofía*, 70, pp, 115-136. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355336>





# From bodily self-awareness to the experience of otherness in one's own body: the case of somatoparaphrenia

**Abstract:** Patients with somatoparaphrenia articulate a disavowal of ownership over a extremity. In philosophy somatoparaphrenia serves as a focal point for discussions concerning the intricacies of self-awareness, specifically the sense of ownership inherent in all mental experiences. Additionally, this disorder prompts reflections on bodily self-awareness, namely, the perception of a body part as an integral component of bodily spatiality. I extend beyond conventional discussions, positing that somatoparaphrenia introduces an anomalous intercorporeal dimension. Diverging from other pathologies associated with bodily spatiality, in somatoparaphrenia the subject establishes a sense of otherness beyond the confines of their organic body: the alien extremity becomes ascribed to another. The exposition is done in two parts. First, I engage in philosophical discourse on bodily awareness, utilizing somatoparaphrenia as an illustrative example. Subsequently, I discuss the issue of otherness within somatoparaphrenia, elucidating the rationale behind conceptualizing this disorder as an intercorporeal experience.

**Key words:** Somatoparaphrenia, sense of bodily ownership, intercorporeality, familiarity, style.

**María Clara Garavito:** Es psicóloga, magíster y doctora en filosofía por la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente, está concluyendo una estancia postdoctoral de dos años en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Asimismo, es profesora en la Universidad de la Salle y la Universidad Pedagógica Nacional en Bogotá, Colombia. Participa desde hace 12 años como investigadora en el grupo *Filosofía y cognición* de la Universidad Nacional de Colombia, y en el grupo *Filosofía y Psiquiatría* de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Su trabajo investigativo se enmarca en la llamada naturalización de la fenomenología, que busca establecer diálogos entre la fenomenología y las ciencias cognitivas.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5185-6824>



## Introducción

En la literatura neuropsicológica, el término somatoparafrenia aparece por primera vez en 1942, acuñado por el psiquiatra Josef Gertsmann. Con este término, se da cuenta de un trastorno psicológico en el que pacientes con hemiplejía —es decir, con parálisis y pérdida de sensibilidad de una parte del cuerpo debido a una afectación neuronal—, no tienen conciencia de su enfermedad, aunque sí reportan sentir como ajena cierta extremidad ubicada en la parte paralizada. Generalmente, el término somatoparafrenia se ha usado para dar cuenta de una afectación del hemisferio derecho que se correlaciona con la pérdida de propiedad sobre un miembro del lado izquierdo (Maggio et al., 2021). A pesar de la relación entre somatoparafrenia y parálisis con pérdida de sensibilidad, se encuentran casos en los que ni la parálisis ni la pérdida de sensibilidad son completas, y casos en los que la vivencia de pérdida de propiedad sobre un miembro no se correlaciona con la afectación en el hemisferio derecho (Maiese, 2019; Vallar & Ronchi, 2009). Por esta razón, se generaliza el término somatoparafrenia para dar cuenta de trastornos en los que un miembro deja de vivenciarse como parte de la identidad corporal, para sentirse como desconectado del cuerpo o muerto (Vallar & Ronchi, 2009).

En filosofía de la mente y fenomenología la somatoparafrenia motiva la discusión sobre algunos supuestos del autopercatamiento (*self-awareness*), especialmente sobre el sentido de propiedad que acompaña todas nuestras experiencias mentales (Gallagher, 2017; Liang & Lane 2009; Maiese, 2019). Se parte del supuesto de que todo estado mental involucra la pertenencia a uno, y parece que somos inmunes a equivocarnos en la atribución de dichos estados (Shoemaker, 1968). Ahora bien, dicha inmunidad se problematiza en la somatoparafrenia: en algunos casos, el paciente es capaz de reconocer la localización y naturaleza de un estímulo aplicado sobre el miembro enajenado, lo que supone algún tipo de experiencia en primera persona, y sin embargo, señala que esas experiencias ocurren en otro (Maiese, 2019).

Más allá de las discusiones sobre la propiedad de los estados mentales, la somatoparafrenia motiva reflexiones sobre la autopercatamiento corporal (*bodily self-awareness*) (Bermúdez, 2017; Gallagher, 2017; De Vidgmont, 2017; Maiese, 2019). Como un trastorno de la experiencia corporal, la somatoparafrenia suscita preguntas relativas a en qué consiste la experiencia del propio cuerpo como un todo integrado, cuál es la relación entre la experiencia del cuerpo y la autopercatamiento de los estados mentales, y de qué modo la experiencia de la espacialidad del propio cuerpo se relaciona con la experiencia de otros cuerpos y del espacio circundante (Bermúdez, 2017).

En este artículo propongo una línea de reflexión sobre la somatoparafrenia que recientemente se ha abordado respecto a otros trastornos (Fuchs, 2022; Fuchs

& Röhricht, 2017; Roy, 2017). Me refiero a la relación entre afectaciones en el autopercatamiento y experiencias intersubjetivas patológicas: propongo que la somatoparafrenia involucra una dimensión intercorporal anómala. A diferencia de otras asomatognosias –o patologías de la espacialidad del cuerpo–, la somatoparafrenia no solamente corresponde a la vivencia de exclusión de un miembro dentro de la espacialidad corporal, sino que también corresponde con la ganancia de alteridad dentro de los límites del cuerpo: el miembro enajenado pertenece a *otro*. Se conjuga así la vivencia de extrañeza del miembro con la autobiografía del paciente, en tanto ese otro suele ser alguien conocido por él.

Para desarrollar mi propuesta, divido este artículo en dos partes: en la primera, retomo las implicaciones de la somatoparafrenia en discusiones de la filosofía sobre el autopercatamiento corporal. Estas discusiones contextualizan el problema filosófico que trae consigo este trastorno como una somatognosia, y ofrecen el punto de partida para la vía alternativa que propongo aquí. En la segunda parte, planteo algunas reflexiones sobre lo que considero clave para entender el problema de la alteridad en la somatoparafrenia, y por qué este trastorno puede ubicarse dentro de las discusiones actuales sobre las vivencias intercorporales.

## 1. Autopercatamiento y somatoparafrenia

### 1.1 Error de atribución y experiencia corporal

A propósito del problema del autopercatamiento (*self-awareness*), se planteó (Shoemaker, 1968; Evans, 1982) que un principio, el de Inmunidad al Error por un Fallo en la Identificación (*Inmunity to Error Through Misidentification*: en adelante, IEFI por sus siglas en español) nos hace inmunes a equivocarnos en la atribución de estados mentales cuando involucran el pronombre de la primera persona: alguien se puede equivocar sobre el estado mental que se adscribe a sí mismo (por ejemplo, puede confundir un pensamiento con una percepción: Ratcliffe, 2017), pero no puede equivocarse sobre a quién le corresponde este estado. Se enfatiza en el autopercatamiento como una experiencia de propiedad sobre los estados mentales; en últimas, lo que distingue un estado mental inconsciente de uno consciente es dicha propiedad (Gennaro, 2020), con lo que se hace posible distinguir entre eventos mentales y cosas en el mundo.

Ahora bien, fenómenos como el delirio de inserción del pensamiento y la somatoparafrenia han puesto en entredicho ese principio de inmunidad: es posible tener experiencias en primera persona de estados conscientes y errar en la atribución de estos estados. En el delirio de inserción, el paciente tiene la vivencia de un pensamiento como

dado a sí mismo, pero producido por otro; en la somatoparafenía, es una sensación del cuerpo la que, aunque vivida en primera persona, se le atribuye a alguien más (Campbell, 1999; Coliva, 2002; Liang & Lane, 2009).

Desde una perspectiva corporizada y situada de lo mental, los casos psicopatológicos permiten pensar cómo se constituye *corporalmente* el sentido de propiedad sobre los estados mentales. La somatoparafenía, por ejemplo, se ofrece como un caso para indagar sobre la emergencia del sentido de propiedad sobre sensaciones corporales (Bermúdez, 2017; De Vidgemont, 2017). El punto de partida de estos análisis es el concepto de *esquema corporal* tal como es trabajado en la fenomenología (Merleau-Ponty, 1985).

Siguiendo a Merleau-Ponty, el esquema corporal no es un resumen de las sensaciones corporales y de su organización espacial; tampoco es la conciencia global de esas partes, o más bien, como tal conciencia, se instaura como un modo de existencia distinto al de las partes. En últimas, la espacialidad del cuerpo no puede entenderse en los términos de la espacialidad de los objetos; no corresponde con la sensación de la posición que ocupa el cuerpo en el espacio; antes bien, es aquello por lo cual existe la perspectiva y tenemos experiencia de los objetos como distribuidos en el espacio. El esquema corporal es una *espacialidad de situación* (Merleau-Ponty, 1985, p. 117); es decir, es la conciencia del cuerpo en la actividad de un sujeto en el mundo.

Autores contemporáneos, siguiendo a Merleau-Ponty, sugieren que la experiencia de las partes está supeditada por la conectividad entre ellas y por la relación de dicha conectividad con un cuerpo anclado al mundo (Bermúdez, 2017). Así, la localización espacial de un evento corporal se vivencia en relación con la disposición del cuerpo en su totalidad; con esto, el sentido de propiedad sobre sensaciones en las partes es una consecuencia y no una explicación de la constitución de la espacialidad del propio cuerpo. La *marca de la conciencia* de las partes del cuerpo, sobre la que insisten algunos autores (Billon, 2017; De Vidgemont, 2017), sería un fenómeno de la totalidad del cuerpo en situación y no de las partes independientes entre sí.

Que la propiedad de las partes esté supeditada al esquema corporal como un todo explica que se pueda tener experiencia de un artefacto como parte del cuerpo: en virtud del hábito de navegar el mundo de cierta manera, las situaciones *solicitan* una configuración corporal que involucra el artefacto. Por ejemplo, las situaciones cotidianas de una persona ciega, su desplazamiento por la casa, salir a la calle y desarrollar actividades cotidianas *solicitan* un cuerpo que incluye el bastón como parte de sí (Merleau-Ponty, 1985; Garavito, 2019). El mismo principio opera en el caso de la exclusión de una parte: en la somatoparafenía la situación deja de solicitar el miembro, y por eso, su presencia resulta extraña.

Imaginemos que, al despertar, encuentro un brazo a mi lado izquierdo; este brazo se mueve de forma que coincide con el movimiento de mi cuerpo mientras trato de levantarme. A pesar de que este miembro no está pegado a mi cuerpo orgánico, progresivamente comienzo a experimentarlo como parte de mí<sup>1</sup>. Por el contrario, si vivencio que un órgano de mi cuerpo está inmóvil, o se mueve de forma que no corresponde con el resto de mi cuerpo, el órgano se va desligando progresivamente de la espacialidad corporal. Incluso si llego a tener sensaciones en primera persona de ese órgano, este no es dado como parte de *mí* hasta que no se integra al cuerpo en su actividad global<sup>2</sup>; la propiedad sobre cualquier parte está vinculada con la totalidad de mi cuerpo que soy y que aprehendo en la forma en que cada parte se mueve armónicamente en concordancia con la actividad intencional de todo mi cuerpo en situación.

Esto implica a su vez que la propiocepción y la interocepción, en tanto *percepciones* relativas a la experiencia corporal, no son meras sensaciones del cuerpo, sino actos intencionales: como partícipes del esquema corporal, ellas nos ubican como seres corporizados proyectados hacia el mundo (Bermúdez, 2017, Gallagher, 2017). De acuerdo con Merleau-Ponty (1985), no tenemos cuerpos sino que *somos cuerpos*; esto implica que la interocepción y la propiocepción no indican especialmente posiciones y estados del cuerpo y de las sensaciones de los órganos internos, sino que, como el concepto merleauPontiano de esquema corporal nos indica, esa posición y estado de las partes son experiencias vinculadas a nuestra relación con el mundo, y esta relación con el mundo nos involucra como subjetividades (Depraz, 2023). Por ejemplo, un dolor de estómago no es simplemente una sensación específica en un órgano interno: el dolor de estómago *significa* que los tacos que me comí en la calle estaban malos. También está vinculado a vivencias pasadas: ya sabía que comer en la calle no era buena idea, porque este dolor de estómago trae consigo el recuerdo del malestar estomacal que tuve una vez en Nueva York luego de comer un *hot dog* callejero. Al mismo tiempo, el dolor es experimentado como el castigo justo a mi terquedad sobre el tipo de comida que, a mis entrados cuarentas, puedo o no comer; mi sensación de mi miedo a envejecer y a limitarme cada vez más de cosas, etc. Cada punzada en el bajo vientre arrastra consigo todas estas significaciones que la vinculan con mi vida entera. El dolor aparece como un nodo dentro de “una compleja red de implicaciones intencionales” (Quepons, 2016, p. 87) que vincula mi vivencia actual con otras vivencias de mi ser corporizado históricamente determinado. Ese dolor es *mío* no solamente por la sensación localizada, sino que la localización de la sensación participa de una red de implicaciones vinculadas

1 Dove (2006) presenta algunas reflexiones sobre la extensión de la espacialidad corporal en artefactos, a partir de la retroalimentación sensoriomotora.

2 Oliver Sacks (1998) describe la experiencia de pérdida de pertenencia sobre una pierna inmovilizada, y la progresiva recuperación de la propiedad sobre esta una vez se incorpora a las actividades del cuerpo. En su experiencia, no es tener sensibilidad en la pierna lo que garantiza que esta sea parte constitutiva del cuerpo, sino la actividad.

históricamente conmigo. En el ejemplo, el significado dado al dolor de estómago lo vincula *conmigo*, y ese conmigo no es una presencia actual que posee un dolor, sino una subjetividad corporizada constituida históricamente.

Esta relación entre propiocepción e interocepción como fenómenos intencionales de una subjetividad corporizada históricamente constituida, nos lleva a reconsiderar la distinción que hace Maiese (2019) entre la vivencia de la espacialidad del propio cuerpo —entendida como la identidad de perspectiva— y la vivencia de mí como una subjetividad con una biografía distinta a otras (identidad personal). De acuerdo con lo anticipado, una dimensión de la identidad autobiográfica es relativa al vínculo histórico del esquema corporal con el mundo; en otras palabras, es relativa a una *memoria corporal* (Fuchs, 2016, 2020).

## 1.2 Identidad personal y memoria autobiográfica: la experiencia de familiaridad sobre el cuerpo.

A propósito de las discusiones sobre el IEFI de Shoemaker, Maiese (2019) distingue entre la identidad de perspectiva y la identidad personal cuando hablamos de la propiedad respecto a experiencias corporales. La identidad de perspectiva correspondería a la experiencia en primera persona de un evento corporal que ocurre *aquí* (lo que sería correspondiente a una identidad del cuerpo) y de la identidad personal, que corresponde a una red de experiencias identitarias que cada uno considera como propias: la identidad personal<sup>3</sup>.

Con la distinción entre identidad de perspectiva e identidad personal se distingue entre una identidad correspondiente al cuerpo y a sus partes, y una identidad que es construida narrativamente a partir de las experiencias individuales. Esta identidad aparece como no situada en el cuerpo, sino como correspondiente a memorias episódicas con las que se construye la autobiografía. Esta distinción explicaría por qué algunos pacientes con somatoparafenía son capaces de experimentar en primera persona sensaciones en el miembro enajenado, aunque atribuyan dichas sensaciones a otra persona. Según Maiese, en la somatoparafenía se conserva la inmunidad al error de atribución respecto a la identidad de perspectiva, es decir, que el paciente reconoce las sensaciones como dadas en primera persona, en el *aquí*. Ahora bien, la inmunidad al error no se conserva en la identidad personal; la sensación es dada aquí, pero corresponde con una biografía distinta a la propia. La autora concluye que

3 La distinción que hace Maiese entre propiedad de perspectiva y propiedad personal no es nueva en la fenomenología (Husserl, 2005; Zahavi, 2010). En esta, el cuerpo está en medio de la diferencia entre un yo personal y uno perspectival. El cuerpo como punto cero de la experiencia es el lugar desde donde es dado el mundo a la conciencia; toda constitución espacial tiene como punto de partida el cuerpo y, desde la configuración de este, se da el del mundo (Husserl, 2005). La propiedad personal, o *yo personal*, involucra experiencias individuales, históricas, de una totalidad de vivencias intencionales.

IEFI es un principio que radica en el cuerpo; por lo tanto, opera sobre la identidad de perspectiva, pero no sobre la identidad personal (Maiese, 2019).

Ya he anticipado que la distinción entre dos identidades es problemática en tanto parece implicar que la experiencia de la espacialidad del cuerpo es diferente a la identidad histórica del individuo. Esto contrasta con la idea de que la vivencia del cuerpo en situación incorpora la historicidad de dicho cuerpo y por eso está vinculada con la autobiografía. Esta idea de la identidad espacial o de perspectiva, como relacionada con la experiencia personal, está de acuerdo con los trabajos de Thomas Fuchs (2016, 2020) quien define la identidad personal<sup>4</sup> como “una manifestación de los procesos de vida de un organismo humano y está por eso corporizada en las capacidades y actividades de todo el cuerpo” (Fuchs, 2020, p. 667). Es decir, la identidad personal está encarnada en un organismo en tanto *cuerpo vivido*. Y ese cuerpo vivido es el cuerpo que se experimenta a sí mismo y a sus partes en situación; en palabras usadas anteriormente, es el cuerpo constituido como *esquema corporal*. En tanto corporizada, la identidad personal es vivida como una sensación corporal: se habla de la sensación de *familiaridad* que tenemos respecto a nuestra manera de situarnos en el mundo (Fuchs, 2020; De Vidgemont, 2017).

En otros términos, dicha sensación de familiaridad es entendida por Fuchs como *Oikeiosis*, término estoico que significa *habitar* la propia casa, es decir, la sensación de apropiarse, de hacerse familiar con lo que corresponde a uno mismo. Esa sensación de familiaridad no aparece instantáneamente; es un proceso histórico y se constituye a partir de las múltiples vivencias. En el caso del cuerpo, el esquema corporal o experiencia del cuerpo en situación, resulta de las relaciones históricas del cuerpo con el mundo, lo que también involucra el desarrollo ontogenético; es decir, incluye las relaciones históricas de un cuerpo que ha cambiado en el ciclo vital. Por esta razón dicha sensación es autobiográfica.

Que la sensación de familiaridad se constituya históricamente en las múltiples vivencias, nos dice, por un lado, que el esquema corporal no es una experiencia estática. Dicho esquema se vive en el cuerpo en movimiento, así que es relativo a la movilidad del cuerpo en el mundo. En *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty (1985) relaciona la sensación de familiaridad del propio cuerpo con la *habitud*. En virtud de la manera habitual de moverse en cuerpo, y de que en dicho movimiento el mundo es dado de cierta manera habitual, se establece un vínculo familiar entre el mundo como es dado y nuestro modo de gobernos. Merleau-Ponty pone un ejemplo para indicar dicho vínculo:

4 Fuchs (2020) usa el término en inglés *personhood* para lo que aquí traduzco como *identidad personal*. Considero que la traducción de *personhood* como “personalidad” no captura la idea de Fuchs, por su utilización de este concepto en psicología, en donde muchas veces se relaciona con el concepto de *carácter*. Otra posible traducción de *personhood* es “condición de ser persona”. Ahora bien, considero que soy fiel a la discusión del problema de “ser persona” en el marco de la fenomenología y la filosofía de la mente si traduzco *personhood* como *identidad personal*.

Saber dactilografiar no es, pues, conocer la ubicación en el teclado de cada letra, ni siquiera haber adquirido para cada una un reflejo condicionado que ésta desencadenaría al presentarse ante nuestra vista. Si la habitud no es ni un conocimiento ni un automatismo, ¿qué será, pues? Se trata de un saber que está en las manos, que solamente se entrega al esfuerzo corpóreo y que no puede traducirse por una designación objetiva. El sujeto sabe dónde se encuentran las letras en el teclado, como sabemos nosotros dónde uno de nuestros miembros se encuentra, con un saber de familiaridad que nos da una posición en el espacio objetivo (1985, p. 161).

De acuerdo con el autor, al mover sus dedos sobre el teclado, la dactilógrafa no solamente vivencia la manera familiar de moverse los dedos (una forma familiar que, él nos recuerda, es difícil hacer explícita), sino que experiencia una manera familiar de aparecer el teclado a dichos movimientos, con lo que el mundo aparece como correlato de la vivencia corporal.

Ahora bien, la sensación de *familiaridad* que vincula cierto movimiento de los dedos con cierta manera de aprehender la máquina, en el caso de la dactilógrafa, es partícipe de la familiaridad respecto a la posición que ocupa todo el cuerpo en la situación en la que se está: tecleando sobre una máquina de escribir, sentada en una silla, con los pies tocando el piso, y con brazos apoyados en un escritorio. El esquema corporal, que es flexible y dinámico, se siente como el lugar familiar en el que nos posicionamos ante el mundo. Esta sensación de familiaridad a la vez determina la sensación de familiaridad de las partes: cada parte del cuerpo aparece como propia porque las relaciones familiares con el mundo, es decir, las que son habituales, involucran esa parte. Por tal razón, dicha familiaridad del esquema corresponde con la memoria corporal (Fuchs, 2016, 2020).

El término *familiaridad* —y también el de no familiaridad— aporta a la idea merleau-pontiana del esquema corporal el reconocimiento de que la experiencia de nuestra espacialidad situada es un fenómeno también afectivo. Como marca de lo propio, la familiaridad es la sensación afectiva de fluidez y armonía en la relación con el mundo; por lo mismo, la disrupción en dicha fluidez involucra un cambio de afectividad. La frustración, o la rabia que siento cuando me tropiezo con una piedra mientras camino tranquilamente por las calles de mi ciudad, es la vivencia de la disrupción en la relación habitual de mi cuerpo con la situación. La afectividad es la manera en la que explícitamente identifico la falta de familiaridad o ruptura en la relación de mi cuerpo con el objeto: la inflexibilidad del cuerpo corresponde con la inflexibilidad del campo perceptual (Merleau-Ponty, 1985). Culpamos al pie por ser torpe o al objeto por aparecerse de improvisto: algo ha roto la armonía y el culpable es identificado. También la enfermedad, o una lesión, trae consigo la ruptura de la expresividad habitual del cuerpo, y con ello el replanteamiento de la relación de este con el mundo (Escribano, 2015). Esta ruptura no necesariamente produce sentimientos

negativos: la falta de la familiaridad viene con sorpresa, incluso con el deseo, o, como señala Escribano, con una sensación de apertura a nuevas posibilidades de expresividad del cuerpo.

La *oikeiosis* como forma familiar, y por eso afectiva, del cuerpo estar en el mundo se evidencia en la expresividad del cuerpo: el cuerpo se expresa con cierto estilo. En tanto soy un “nudo de significaciones vivientes” (Merleau-Ponty, 1985, p. 168), en cada movimiento se expresa una manera particular en la que doy sentido al mundo, que corresponde con mis hábitos corporales y autobiografía. *Estilo* es un término fenomenológico entendido como el modo particular de expresarse mi cuerpo (Bağ, 2019, Husserl, 2005; Merleau-Ponty, 1985; Meacham, 2013). Así, aparece como la forma en que se hace evidente mi modo familiar de relacionarme corporalmente con el mundo: cuando estoy en situaciones sociales nuevas, siento a mi corazón acelerarse, a mis manos sudar y moverse aleatoriamente, a mis mejillas calentarse y a mi boca researse. Pero no solamente identifico un estilo en mi forma de expresarme en situaciones puntuales; para Merleau-Ponty aprender a ver, por ejemplo, es adquirir cierto estilo de visión, lo que implica una apertura particular del mundo en la mirada (Merleau-Ponty, 2013). El estilo se hace patente, se expresa en la mirada, con lo que ver no solamente implica unos movimientos característicos de los ojos, sino que dichos movimientos expresan la manera particular en la que mi mirada se posa sobre las cosas.

En tanto el estilo está en la expresión del cuerpo, aparece no solamente como la evidencia de un modo familiar de mi ser corporal, sino que aprehendo la forma familiar en que los otros significan el mundo; por lo tanto, el estilo redundante en expectativas y patrones ajenos que distingo de los míos (Bolis, Dumas & Schilbach, 2022). Mientras yo me sofoco, experimento cómo mi compañero de presentación está completamente impasible: identifico su estilo en su voz que expresa confianza, en sus manos que no sudan y que se mueven de forma armónica con el ritmo de su voz. Distingo su estilo del mío; también puedo ver cómo en su interactuar conmigo, él reconoce mi estilo. El estilo es autobiográfico porque es una noticia de la relación con el mundo: cuando digo “soy tímida” resumo las descripciones corporales de mis experiencias sociales. Ahondemos un poco más en esta idea de la intercorporalidad como un fenómeno en el que reconozco a otros en su estilo para luego indicar cómo esto se relaciona con la somatoparafrenia.

### 1.3 Identificar a los otros en su estilo

La familiaridad no solamente vincula al cuerpo con un modo de relacionarse con el mundo material, sino que involucra las experiencias intercorporales (Fuchs, 2016). El modo familiar de expresarse mi cuerpo en situación contrasta con el modo de expresarse otros cuerpos con los que interactúo. Desde pequeña, reconozco la manera en que mi hermana se relaciona con la comida: antes de llevar el cubierto a la boca, sin importar

lo que sea el alimento, detiene la mano bajo la nariz y huele detenidamente lo que se va a comer. En los múltiples encuentros, he descubierto en su expresión que, para mi hermana, los alimentos son dados olfativamente antes que gustativamente: los olores que yo paso desapercibidos, son la manera en que ella experimenta la naturaleza de lo que a continuación prueba.

También sucede que, en la interacción habitual, termino adoptando formas de expresión de otros; de ese modo hago al otro partícipe de mi propia forma de significar el mundo en el estilo en el que me expreso (Garavito, 2022). De tiempo para acá, algunas personas me hacen notar que cierta manera en que mi pareja y yo nos expresamos en situaciones concretas es muy parecida; esto coincide con el hecho de que crear participativamente sentidos del mundo con otros es un fenómeno corporal que se aprehende en la expresión (De Jaeger & Di Paolo, 2007).

Al mismo tiempo, en mi estilo y en el estilo de otros cuerpos, puedo reconocer sentidos adquiridos al ser partícipe de una cultura. Al entrar por primera vez en un sistema de transporte alemán y observar a los alemanes comportarse dentro de él, confirmo el estilo organizado y frío que encontré en experiencias anteriores con personas de este país. Este estilo contrasta con el que espero encontrar en los sistemas de transporte latinoamericanos y que anticipo por experiencias previas en contextos en los que he interactuado con mis coterráneos. También reconozco el género en el estilo; esto porque los patrones de movimiento también son expresados de acuerdo con lo que la cultura espera de los hombres y las mujeres (Young, 1980).

Con lo que he dicho en esta parte, la propiedad respecto a mi cuerpo y a sus partes no es algo supuesto de antemano sino constantemente ratificado en mi actividad en el mundo. Esto hace posible que la misma propiedad sobre las partes se vea afectada en el caso en el que la manera de expresarse una parte, es decir, su estilo, no corresponda con esa forma familiar y por eso se experimente afectivamente la disrupción.

En mi propuesta, la somatoparafrenia sería un caso de la pérdida de familiaridad respecto a una parte, lo que además resulta en la emergencia de una experiencia intercorporal anómala: una parte del cuerpo no solamente ha perdido propiedad, sino que en ella identifico un estilo de expresión que reconozco como de otro. Este otro, en muchos casos presentados en la literatura sobre el trastorno (Vallar & Ronchi, 2009), es incluso un otro conocido; la irrupción no solamente redundante en la extrañeza respecto al miembro, sino en el reconocimiento de un estilo corporal que el paciente identifica claramente.

## 2. La somatoparafrenia como ganancia de alteridad

A diferencia de otras aproximaciones que han abordado la somatoparafrenia desde la pregunta ¿qué hace que un miembro sea experimentado como ajeno?, me pregunto ¿qué hace a un miembro ser experimentado como de *otro*? De acuerdo con los reportes,

la pérdida de propiedad respecto a una parte parece corresponder con la vivencia de alteridad dentro de los límites del cuerpo orgánico. De este modo, en lo que sigue, daré argumentos para ubicar la somatoparafrenia, como se ha hecho a propósito de otras psicopatologías (Fuchs, 2021; Fuchs & Röhricht, 2017; Roy, 2017), como un problema que tiene que ver con dinámicas intersubjetivas.

## 2.1 La pérdida de identidad corporal como un acto intencional empático

Veamos el siguiente ejemplo, frecuentemente abordado en la literatura de la somatoparafrenia:

[U]na mujer (FB) [...] reportó que su mano izquierda pertenecía a su sobrina y que ella (FB) no tenía sensaciones táctiles en dicha mano. En una serie de pruebas controladas, en las que se vendaban sus ojos, se le informaba primero a FB que el examinador tocaría su mano izquierda; a continuación, el examinador efectivamente tocaba la superficie dorsal de su mano. Cada vez que esto se hacía, FB decía que no podía sentir ninguna sensación táctil. Sin embargo, cuando se le informaba que el examinador iba a tocar la mano de su sobrina, al ser tocada efectivamente, informaba sentir sensación táctil (Liang & Lane, 2009, p. 664).

El caso de FB es usado dentro de la discusión sobre el principio de IEFI. Parece que FB es inmune al error por fallo de identificación, solo que este principio se aplica sobre la identidad de perspectiva y no sobre la identidad personal. La paciente no se equivoca al decir en *dónde* ocurre la sensación producida por el experimentador —tiene identidad de perspectiva sobre la sensación, es decir, reconoce que ocurre en *esta mano*—, pero sí se equivoca sobre *a quien* le ocurre la experiencia —su identidad personal no involucra al miembro como parte de sí— (Maiese, 2019).

¿Por qué ocurriría una pérdida de identidad personal sobre el miembro? Maiese responde, siguiendo algunos principios de la fenomenología, que la pérdida de identidad personal sobre un miembro incluso cuando se tienen sensaciones localizadas en él, se debe a que en la somatoparafrenia se da un acto intencional objetivante, (Zahavi & Parnas, 1998). Esto quiere decir que la conciencia constituye el miembro como un objeto y no como parte de sí. La sensación sobre la mano, aunque se da en primera persona, contrasta con una objetivación que lleva a la pérdida de la propiedad personal sobre ella. Pero entender la somatoparafrenia exclusivamente como un acto intencional objetivante es limitado cuando queremos capturar toda la esencia del fenómeno, tal como se presenta en los reportes. Si bien, en el reporte de FB, y en casos semejantes (Donoso et al., 2009), el miembro aparece como un órgano inanimado que yace sobre o al lado del paciente, así mismo el miembro es vivenciado como correspondiente a otro.

Lo anterior indica que, junto con la objetivación, opera también un acto intencional empático, en el sentido husserliano de empatía<sup>5</sup>. Desde una exploración fenomenológica, la experiencia del cuerpo como órgano -es decir, aislado del carácter de que en él reposa otra consciencia- no corresponde a un objeto en el sentido instrumental de una taza o una silla. El caso de FB confirmaría que, a pesar de la enajenación, la mano sigue siendo un órgano sobre el que se tienen sensaciones localizadas incluso cuando sobre esta mano no se tiene propiedad.

¿Qué hace que de un miembro se desprenda toda una experiencia intersubjetiva con otro? Siguiendo a Merleau-Ponty (1985), así como el movimiento de las partes del propio cuerpo está en correspondencia con el cuerpo experimentado como un todo, un otro completo no necesita ser representado o alucinado para que su presencia se aprehenda en los movimientos de una parte de su cuerpo, en la escritura o en la voz. Esto se debe a que, de acuerdo con el autor, en la alteridad se intuye la intencionalidad antes que cualquier conceptualización, antes que pueda adscribirse el pronombre “él”. En tanto expresivas, de las partes de un cuerpo se intuye todo un cuerpo vivido, es decir, un cuerpo intencional con un estilo de dar sentido al mundo.

Cuando me despido dando la mano a mi jefe, no solamente tengo experiencia de la mano tocada. A menos que lo que esté agarrando es una mano cercenada, decir que X me “dio la mano” es más bien una forma metafórica para aludir a lo que una proyección de X a través de ese punto de contacto. Ni yo, que soy saludada de mano, ni él, que extiende la mano, constituimos como un objeto este miembro que apretamos con la propia mano. En la mano apretada entreveo la personalidad de X. La mano también me dice si X tiene sentimientos soberbios o amistosos hacia mí. La sensación táctil de la mano que aprieto no se me presenta como sensaciones hápticas tanto como la noticia de la edad, el género, y el estado emocional de X.

Se dirá que la edad, la personalidad, o la emocionalidad no se aprehenden solo con el apretón de manos, sino que dicho apretón está acompañado de otras claves visuales en el resto del cuerpo de X. Esto puede ser cierto en el caso del apretón de manos, pero las claves visuales no aparecen en todos los casos en los que otro se me aparece a partir de una parte del cuerpo. Pensemos en otro caso, en el que intuyo a otro a partir de una mano: me refiero a cuando observo al personaje Dedos de *Los Locos Adams*. Dedos es precisamente un personaje y no un objeto moviéndose porque en sus movimientos, o incluso en los rasgos que son visibles y en su forma de posicionarse en el espacio cuando está quieto, aprehendo un estilo familiar, un modo de relacionarse con el mundo que no solamente corresponde a una mano cercenada. Ahí percibo a alguien; un alguien con una identidad personal, con un carácter. Un alguien que interactúa con

5 En términos generales, la empatía —término con el que se traduce de forma predominante la palabra *Einfühlung* (Husserl, 2005)— corresponde a la vivencia de otros como otras consciencias.

otros de forma distintiva. En el caso de FB, aunque el cuerpo entero de la sobrina no sea visible, dicho cuerpo está *cuasipresente*<sup>6</sup> en el estilo, como proyectado desde la expresividad del miembro enajenado.

Pero el estilo ajeno aparece como un estilo familiar, en el sentido de que también es reconocido a partir de experiencias intercorporales históricamente constituidas. Es decir, FB reconoce en el estilo un modo de expresarse un cuerpo, pero no un cuerpo en sentido abstracto: el cuerpo proyectado a través de la mano tiene su propia biografía. A través del reporte de FB se concluye que la sobrina parece “tener su propio conjunto de creencias, deseos, valores y metas” (Pia et al., 2016). Un conjunto de creencias, deseos, valores y metas que se han identificado en la historia de interacciones entre las dos mujeres y que se hacen presentes en la relación que tiene FB con el brazo.

Aunque la cohabitación con la sobrina no ocurre en el cuerpo vivido de FB, porque este cuerpo no involucra la mano enajenada como parte de sí, esta mano no desaparece del campo experiencial de la paciente; desde la perspectiva que aquí sostengo, la mano se convierte en el punto de contacto entre FB y su sobrina que se proyecta sobre dicho órgano.

Con lo aquí dicho, la somatoparafrenia permite sostener que la experiencia empática es un fenómeno proyectivo, en el que se identifica a otros incluso en la expresividad de partes de sus cuerpos. Como dije anteriormente, la clave será la sensación de familiaridad que vincula la expresividad de una parte del cuerpo con el estilo de otro. La experiencia de la sobrina, en el caso de FB, se verá como una experiencia intercorporal familiar que ocurre en un único cuerpo orgánico.

## 2.2 Familiaridad como experiencia afectiva el acto empático de la somatoparafrenia

Como sugerí anteriormente, la familiaridad respecto a la propiedad del cuerpo es una vivencia afectiva de armonía y fluidez en relación con el mundo circundante. De este modo, la afectividad es la clave para identificar la propiedad corporal del paciente somatoparafrenico y su experiencia respecto al miembro enajenado.

En la somatoparafrenia, la identidad personal del paciente no incluye el miembro enajenado; esto se reconoce en el hecho de que la exclusión no es experienciada afectivamente como una falta, por lo menos en casos como el de FB y los que

6 El término cuasipresencia es traído desde la fenomenología merleauPontiana para dar cuenta de fenómenos en los que un órgano u otro aparece en el campo de la presencia sin que pueda determinarse su existencia. En Merleau-Ponty (1985), el término sirve para dar cuenta del fenómeno del miembro fantasma; aquí nos servirá para dar cuenta de un *otro fantasma* (Battán, Garavito & Cohen, 2023), como una existencia que aparece a través del órgano del paciente somatoparafrenico.

presentaremos a continuación. Esto contrasta con experiencias afectivas relativas a la pérdida de una parte de sí, como sucede en los casos de amputación. La afectividad observada en los somatoparafrenicos indica que allí ocurre el encuentro con una alteridad que, de forma no explicada, trasgrede los límites del espacio personal.

Sobre las experiencias afectivas en la somatoparafenía, Frederique de Vidgemont (2017) subraya la misoplejía, es decir, el sentimiento aversivo hacia el miembro enajenado. Para ella, ese sentimiento muestra que el miembro ya no hace parte de la propia identidad:

Muchos pacientes con somatoparafenía intentan deshacerse de su extremidad “alienada”, muestran misoplejía (es decir, aversión hacia su propio cuerpo) y autolesiones. Un paciente, por ejemplo, afirmó: “Sí, por favor, llévatela... No me importa su destino, ya que no es mía” (Gandola et al., 2012, p. 1176). Otro paciente dijo: “Tengo que deshacerme de ellas... Mételas en la basura” (Feinberg, 2009, p. 15). Finalmente, cuando su mano “alienada” está amenazada, no reaccionan (...) (De Vignemont, 2017, p. 230).

Ahora bien, la misoplejía es solo una de las experiencias afectivas que pueden identificarse en la somatoparafenía. En casos como el de FB y otros semejantes encontrados en la literatura neuropsicológica (Bottini et al., 2002; Donoso et al., 2005; Vallar & Ronchi, 2009; Pugnaghi et al., 2012) en los que no hay misoplejía, se advierte que la somatoparafenía no implica el rechazo del miembro sino la vivencia de un encuentro intercorporal. La experiencia afectiva en estos casos no se limita exclusivamente a la relación con el órgano, sino a un otro completo que se proyecta sobre él. La afectividad involucrada es la que vincula al paciente con ese otro, no con un órgano aislado.

Para ampliar la idea de que la vivencia afectiva del órgano en la somatoparafenía tiene que ver con una experiencia intercorporal, me remito a otro caso reportado esta vez por Donoso et al. (2005). Una paciente de 60 años, con somatoparafenía, tiene experiencias afectivas relacionadas con la interacción con su hijo:

Al interrogarla sobre su estado se quejaba de molestias banales, y solo al interrogarla dirigidamente reconocía su hemiplejía, sin mostrar preocupación por ella (...) cuando le pedíamos tomar su mano izquierda dijo “nunca la he podido encontrar”; y cuando la tomó, después de mucho insistir en que la buscara creyó que era de su hijo Eduardo y la acariciaba. Al sugerirle que intentara comunicarse con su hijo, le hablaba; al no obtener respuesta se inquietaba diciendo “está heladito, no me contesta... ¿estará muerto, doctor?”. En otro momento lo conminó “¡Contéstales, contéstales a los doctores! (...) Sin embargo, su reacción emocional ante este hecho fue siempre limitada y no alcanzó los desbordes teatrales que mostraba al lamentar la ausencia de otros hijos. No explicaba el cambio de manos, se quedaba perpleja “¡es una cosa tan rara!”; otro día confabuló “lo vi

cuando se acostó a mi lado... venía heladito". (...) En algunas oportunidades un examinador le contestó haciéndose pasar por el hijo, y aceptó esas respuestas como verdaderas; cuando el examinador movió la mano hemipléjica desde la izquierda se alegró "¡está viviendo Lalito!". (p. 338)

Este caso es, como el de FB, un caso típico de somatoparafrenia. En él, junto con la asomatognosia, o pérdida de la propiedad sobre un miembro, aparecen experiencias afectivas respecto a la interacción con el familiar al que ese miembro pertenece, incluso cuando se experimenta la extrañeza del fenómeno: la paciente no se lamenta por la ausencia del hijo, como ocurre con los otros hijos, porque el hijo está allí presente. El encuentro es el de una madre con su hijo quieto, en algunos casos desobediente; en otros, muerto. La desobediencia o muerte se infiere de la expresividad del brazo identificada visual y hápticamente: su quietud, su frialdad. La alegría por el movimiento del brazo es una respuesta a la resurrección del hijo.

El sistema complejo de afectos identificados en el caso contrasta con la misoplejia de los casos presentados por De Vidgemont. Esto se debe a que la afectividad responde a una interacción y no solamente con la experiencia de un objeto inmóvil pegado al cuerpo. Esta interacción a su vez puede involucrar afectividades relacionadas con experiencias previas con el hijo: el hijo desobediente, por ejemplo. En otro caso, esta vez de Pugnaghi et al. (2012), se evidencia cómo las relaciones previas con el otro afectan las vivencias actuales:

Ella [la paciente] reportó que la mano de su hermana estaba en su cama y la describió como dura e incapaz de moverse. Cuando se le mostró su brazo izquierdo, ella dijo que era el brazo de su hermana. Estaba convencida de que esto había pasado porque el día antes de ser admitida al hospital había visitado a su hermana inválida (quien de hecho estaba en estado vegetativo) y había tocado su mano insensible. No mostró angustia emocional, ni cambios en su personalidad o comportamiento, y era consciente de la extrañeza del fenómeno (...) En consonancia con su personalidad alegre premórbida, dijo humorísticamente una vez: "debería pedirle a mi hermana que pague el estacionamiento de su mano" (p. 1205).

Tampoco en este caso hay angustia sobre la enajenación del brazo, lo que concuerda con que el órgano no es partícipe de la propiedad del cuerpo. La afectividad de nuevo está relacionada con otra conocida; a partir de la expresividad del brazo —su inmovilidad, su frialdad— se identifica a la hermana en estado vegetativo. En este caso, la observación previa de la hermana determina la aparición del brazo como algo de ella; el estilo corresponde al de una persona completamente inmóvil, con la que hay una interacción previa. El brazo reposa sobre el regazo, y la paciente concluye que la hermana ha decidido dejárselo ahí. El comentario jocoso muestra que sobre el brazo no hay pérdida, sino que se ha ganado una relación intercorporal. Incluso cuando

parece que el órgano es un objeto desprendido del cuerpo de la hermana —uno que se ha dejado guardar—, son los rasgos perceptuales los que permiten identificar un estilo relacionado con el cuerpo de la hermana y no con un objeto cualquiera.

En los casos presentados se confirman algunas afirmaciones hechas a lo largo de este artículo. El sistema complejo de afectos presentados a partir de la experiencia con un brazo confirma que cada sensación relacionada con el cuerpo y sus partes corresponde con una red de implicaciones intencionales. La frialdad e inmovilidad del brazo, no se interpretan como sensaciones *en el brazo*, sino que traen consigo a otro; en la relación con este otro se manifiestan afectividades que incluso están vinculadas a la historia de la interacción con aquel. La percepción del movimiento del brazo trae consigo experiencias afectivas que se siguen de otras vividas anteriormente: a la preocupación o tristeza por la muerte del familiar, le sigue la exaltación por su resurrección, por ejemplo.

Una exploración del caso de FB, en su descripción original (Bottini et al., 2001) muestra que el relato de la paciente incluye un encuentro intercorporal: la sobrina, al visitar a la paciente al hospital, ha dejado su brazo olvidado. Las sensaciones en primera persona, que se tienen en el brazo, no son contradictorias con que el brazo sea de la sobrina por el vínculo de la sensación con el relato: la sobrina confía en la paciente, por eso esta última cuidará del brazo hasta que la primera regrese. Incluso en la misma misoplejia de casos semejantes a los presentados por De Vidgemont, el rechazo al miembro suele estar acompañada por relatos en los que el miembro es impuesto *por otro* (cf. Vallar & Ronchi, 2009): ya sea el diablo, u otro conocido a desconocido, la afectividad negativa está vinculada a atribuciones sobre intencionalidades que no se limitan a la experiencia de rechazo puntual a un órgano que se siente como desligado del cuerpo.

## Conclusiones

En los casos de somatoparafrenia presentados aquí, el principio de inmunidad por error en el fallo de identificación puede sostenerse si, como señala Maiese, este se entiende como un principio de la experiencia de propiedad del cuerpo. Ahora bien, no reduzco la experiencia del cuerpo a ser una sumatoria de partes, sino a la experiencia de un cuerpo vivido. La inmunidad al error es un principio en la medida en que las partes participan del cuerpo entendido como un ser intencional, es decir, que da sentido al mundo. Con esto problematizo el mismo término sentido de *propiedad*: desde una perspectiva fenomenológica he convenido que no se *tiene* un cuerpo, sino que se *es* un cuerpo. En el caso de la somatoparafrenia, el paciente es un cuerpo cuyos límites no involucran el brazo enajenado. Todo aquello que entra dentro de los límites de esa corporalidad intencionalmente dirigida al mundo, se considera partícipe de esa actividad intencional.

Pero no me he limitado a la discusión de la propiedad del cuerpo: la somatoparafrenia se convirtió en un caso con el que abordar el problema de la intercorporalidad en la psicopatología. Como sugiere la noción de empatía en fenomenología (Husserl, 2005; Stein 2004), tengo experiencia directa de otros como seres intencionales, es decir, como proyectados hacia el mundo. Los otros cuerpos no son percibidos como objetos en movimiento; en ellos identifico a *alguien*. Ahora bien, la atribución de una consciencia no es una inferencia posterior a la percepción; percibir un cuerpo es percibir la expresión de cierto estilo que encapsula, en los movimientos que observo, mi experiencia de una persona como un todo. En el somatoparafránico, el miembro enajenado no es un objeto que se mueve: en sus movimientos expresivos se proyecta un otro. Con esto, lo que es anómalo es esa proyección de un otro en lo que, en el normal, es la corroboración del propio estilo: cuando mi cuerpo se mueve, reconozco mi modo familiar de expresarme; en el enfermo, el movimiento del miembro corrobora un estilo ajeno.

Dejo pendientes para reflexiones ulteriores algunos problemas encontrados en este trabajo sobre somatoparafrenia: uno de ellos es por qué la enajenación suele ocurrir sobre una extremidad y no sobre otras partes del cuerpo, como el rostro, la barriga o el trasero. Una de las posibles interpretaciones es que las extremidades son el lugar de las sensaciones dobles (Merleau-Ponty, 1985). Es decir, en ellas es posible la experiencia alternante de ser miembros tocantes y tocados, de ser vistos como objetos, a la vez que en ellas ocurren experiencias propioceptivas. Sobre todo en los casos en los que no hay pérdida de sensibilidad, esa doble experiencia hace que el brazo aparezca con cierta relación íntima con el paciente, en la experiencia propioceptiva, a la vez que se considera un órgano que corresponde a otro, en la experiencia visual del estilo.

Otro problema para futura reflexión es el de las inconsistencias que se encuentran en los relatos de los pacientes, tal como son reportados en la literatura. Esto ha llevado a que se establezca la somatoparafrenia como un delirio en el que las confabulaciones sobre la pertenencia del órgano a otro son irrelevantes para la investigación, por corresponder a falsas creencias (Gennaro, 2020). Ahora bien, aquí concuerdo con autores como Fuchs & Röhrich (2017) o Fierro (2018) quienes, desde una perspectiva fenomenológica, han cuestionado que los delirios se entiendan como falsas creencias, en la medida en que esto deja de lado esos aspectos situacionales, afectivos y en general corporizados de la experiencia en primera persona del paciente, que corresponden con los relatos dados por el paciente. Aunque las inconsistencias de los relatos son evidentes en el caso de la somatoparafrenia, por ejemplo, las confabulaciones pueden ser el resultado de una experiencia primordial de intercorporalidad, que pasa de largo al no reparar en lo que el paciente está diciendo.

Finalmente, esta exploración sobre la somatoparafrenia sigue la línea de investigación de la fenomenología de la psicopatología que recientemente está teniendo relevancia en campos como la psiquiatría, las neurociencias y las ciencias cognitivas en general. Este es un campo fructífero en el que, una interpretación de los reportes de pacientes en su dimensión experiencial permite identificar

elementos relacionados con una consciencia corporizada, situada e intersubjetiva, que desatienden otras aproximaciones enfocadas en las afectaciones neuronales en relación con una cognición descorporizada.

## Agradecimientos:

Agradezco especialmente a los integrantes del grupo Filosofía y Psiquiatría de la Asociación Colombiana de Psiquiatría por sus importantes aportes y discusiones a las temáticas abordadas en este artículo. Especialmente doy gracias a Juan José Botero, Jorge Dávila y a Diana Matallana, por su apoyo incondicional y aportes a mi trabajo en el área de la filosofía de la psicopatología.

Agradezco a mis colegas del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad Nacional Autónoma de México, por sus comentarios sobre los borradores de este artículo. También a Ariela Battán Horenstein (Universidad de Córdoba) y a Horacio Banega (Universidad de Buenos Aires) por darme un espacio en sus universidades para comentar este trabajo.

Finalmente quiero agradecer los comentarios que se hicieron a mi trabajo en el VI Simposio de Fenomenología y Hermenéutica.

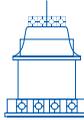
## Referencias

- Battán, A., Garavito, M.C & Cohen, V. (2023). Intersubjectivity in virtuality: the experience of a phantom other. *Aisthesis: Pratiche, Linguaggi E Saperi Dell'Estetico*, 16(1), 73-83. <https://doi.org/10.36253/Aisthesis-14362>
- Bak, A. (2019). Estilo corporal: Sobre la noción de estilo en la fenomenología husserliana. *Devenires*, 20 (40), 183–213. <https://publicaciones.umich.mx/revistas/devenires/ojs/article/view/132>
- Bermúdez, J. L. (2017). Ownership and the Space of the Body. En F. de Vignemont, A. J. T. Alsmith (Eds.). *Subject's Matter: Self-Consciousness and the Body* (pp. 117-144). MIT Press.
- Billon, A. (2017). Mineness First: Three Challenges to the Recent Theories of the Sense of Bodily. En F. de Vignemont, A. J. T. Alsmith (Eds.). *Subject's Matter: Self-Consciousness and the Body* (pp. 189-216). MIT Press.
- Bolis, D., Dumas, G., Schilbach, L. (2023). Interpersonal attunement in social interactions: from collective psychophysiology to inter-personalized psychiatry and beyond. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biology Sciences*, 13(378). <https://doi.org/10.1098/rstb.2021.0365>
- Bottini, G., Bisiach, E., Sterzi, R. y Vallar, G. (2002). Feeling touches in someone else's hand. *Neuroreport*, 13(2), 249-252. <https://doi.org/10.1097/00001756-200202110-00015>

- Campbell, J. (1999). Immunity to error through misidentification and the meaning of a referring term. *Philosophical Topics*, 26(1-2), 89-104. <https://doi.org/10.5840/philtopics1999261/237>
- Coliva, A. (2002). Thought insertion and immunity to error through misidentification. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9(1), 27-34. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1353/ppp.2003.0004>
- De Jaegher, H. and Di Paolo, E. (2007), Participatory Sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485-507. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11097-007-9076-9>
- De Vignemont, F. (2017). Agency and Bodily Ownership: The Bodyguard Hypothesis. En F. de Vignemont, A. J. T. Alsmith (Eds.). *Subject's Matter: Self-Consciousness and the Body* (pp. 217-237). MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/10462.001.0001>
- Depraz, N. (2023). *Fenomenología de la sorpresa: un sujeto carnal* (F. J. Parra Bernal, trad). Editorial SB.
- Donoso, A., Silva, H. y Sinning, M. (2005). *Somatoparafrenia: Presentación de 3 casos*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(4), 337-343. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000400008>
- Dove, T. (2006). Swimming in time: Performing Programmes. Mutable Movies-Notes on a Process in Progress. En L. Hill y H. Paris (eds.). *Performance and place* (pp. 60-74) . Palgrave McMillan. [https://doi.org/10.1057/9780230597723\\_6](https://doi.org/10.1057/9780230597723_6)
- Escribano, X. (2015). Poética del movimiento corporal y vulnerabilidad: una reflexión desde la fenomenología de la enfermedad. *Co-Herencia*, 12(23), 71-88. <https://doi.org/10.17230/co-herencia.12.23.3>
- Evans, E. (1982). *The Varieties of Reference*. Oxford University Press.
- Feinberg, T. E. (2009). *From axons to identity: Neurological explorations of the nature of the self*, p. 15. Norton, citado por De Vignemont, 2017.
- Fierro, M. (2018). *Delirios: cómo entenderlos*. Audiolibro. Apple. <https://books.apple.com/co/book/delirios-c%C3%B3mo-entenderlos/id1376985029>
- Fuchs, T. (2016). Embodied Knowledge - Embodied Memory. En: S. Rinofner-Kreidl, H. Wiltzsche (eds.). *Analytic and Continental Philosophy. Methods and Perspectives. Proceedings of the 37th International Wittgenstein Symposium* (pp. 215-229). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110450651-015>
- Fuchs, T. (2020). Embodiment and personal identity in dementia. *Medicine, Health Care and Philosophy*, (23), 665-676. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09973-0>
- Fuchs, T. (2022). The disappearing body: anorexia as a conflict of embodiment. *Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, (27), pp. 109-117. <https://doi.org/10.1007%2Fs40519-021-01122-7>

- Fuchs, T. & Röhrich, F. (2017). Schizophrenia and intersubjectivity: An embodied and enactive approach to psychopathology and psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(2), 127-142. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0018>
- Gallagher, S. (2017). Self-defense: Deflecting Deflationary and Eliminativist Critiques of the Sense of Ownership. *Frontiers in Psychology*, (21), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01612>
- Gandola, M., Invernizzi, P., Sedda, A., Ferrè, E. R., Sterzi, R., Sberna, M., et al. (2012). An anatomical account of somatoparaphrenia. *Cortex*, 48(9), 1176. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.06.012>
- Garavito, M.C. (2019). Incorporating others: what an extended self tells us about intersubjectivity. *Adaptive behavior*, 27(1), 12-34. <https://doi.org/10.1177/10597123187879>
- Garavito, MC. (2022). *Hacerse mundo con otros. Intersubjetividad como co-constitución*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <https://doi.org/10.34096/cf.n81.13893>
- Gennaro R. J. (2020). Cotard syndrome, self-awareness, and I-concepts. *Philosophy and the Mind Sciences*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.33735/phimisci.2020.1.41>
- Gerstmann, J. (1942). Problem of imperception of disease and of impaired body territories with organic lesions relation to body scheme and its disorders. *Archives of Neuro- Psychology*, 48(6), 890-913. <https://doi.org/10.1001/ARCHNEURPSYC.1942.02290120042003>
- Husserl, E. (2005). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro segundo. Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución* (A. Ziri6n, trad.). México: UNAM.
- Liang, C. y Lane, T. (2009). Higher-order thought and pathological self: the case of somatoparaphrenia. *Analysis*, 69(4), 661-668. <https://doi.org/10.1093/analys/anp094>
- Maggio, M. G., Naro, A., Calatozzo, P., La Rosa, G., Porcari, B. Latella, D., Marzullo, P., Salvatore Calabr6, R. (2021). Rehabilitation of somatoparaphrenia with misoplegia: insights from a single case-pilot study. *Journal of Integral Neuroscience*, 20 (2), 439-447 <https://doi.org/10.31083/j.jin2002046>
- Maiese, M. (2019). Higher-Order Thought, Self-Identification, and Delusions of Disownership. *Review of Philosophy and Psychology*, 10, 281-298. <https://doi.org/10.1007/s13164-017-0369-9>
- Meacham, D. (2013). What Goes Without Saying: Husserl's Concept of Style. *Research in Phenomenology*, 43, 3-26. <https://doi.org/10.1163/15691640-12341241>
- Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la Percepción* (J. Cabanes, trad.). Planeta de Agostini.
- Merleau-Ponty, M. (2013). *El ojo y el espíritu* (A. del Río Herrmann, trad.). Trotta.
- Quepons, I. (2016). Horizonte y temple de ánimo en la fenomenología de Edmund Husserl. *Diánoia*, 61(76), 83-112. <https://doi.org/10.21898/dia.v61i76.5>

- Pia, L., Garbarini, F., Fossataro, C. Burin, D., Berti, A. (2016). Sensing the body, representing the body: Evidence from a neurologically based delusion of body ownership. *Cognitive Neuropsychology*, 33(1-2), 112-9. <https://doi.org/10.1080/02643294.2016.1185404>
- Pugnaghi, M., Molinari, M., Panzetti, P., Nichelli, P. F., Zamboni, G. (2012). "My sister's hand is in my bed": a case of somatoparaphrenia. *Neurological Science* 33, 1205–1207. <https://doi.org/10.1007/s10072-011-0874-z>
- Ratcliffe, M. (2017). *Real Hallucinations: Psychiatric Illness, Intentionality, and the interpersonal world*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/10594.001.0001>
- Roy, J. M. (2017). La conciencia de sí como otro: Hacia un re-examen de la tradición psicopatológica. *Ideas Valores*, 66, 193-220. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v66n3Supl.65649>
- Sacks, O. (1998). *Con una sola pierna* (J. M. Álvarez, trad.). Barcelona: Anagrama.
- Shoemaker, S. (1968). Self-reference and self-awareness. *Journal of Philosophy*, 65, 555-567. <https://doi.org/10.2307/2024121>
- Stein, E. (2004). *Sobre el problema de la empatía* (J. L. Caballero Bono, trad.). Trotta.
- Vallar, G. y Ronchi, R. (2009). Somatoparaphrenia: a body delusion. A review of the neuropsychological literature. *Experimental Brain Research*, 192, 533–551. <https://doi.org/10.1007/s00221-008-1562-y>
- Young, I. M. (1980). Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment Motility and Spatiality, *Human studies*, (3), 137-156. <https://doi.org/10.1007/BF02331805>
- Zahavi, D. (2010). The Experiential Self: Objections and Clarifications. En M. Siderits, E. Thompson, D. Zahavi (Eds.). *Self, No Self? Perspectives from Analytical, Phenomenological, and Indian Traditions* (pp. 56-78). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199593804.003.0003>
- Zahavi, D., y Parnas, J. (1998). Phenomenal consciousness and self-awareness: A phenomenological critique of representational theory. *Journal of Consciousness Studies*, 5(5-6), 687–705.



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Desconexión de sí y distancia\*

*Luis Fernando Cardona Suárez*

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

[fcardona@javeriana.edu.co](mailto:fcardona@javeriana.edu.co)

ORCID: 0000-0002-5475-4735

Recibido: 25/11/23 | Aprobado: 27/02/24

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355588>

**Resumen:** Este artículo analiza la desconexión de sí como caracterización fenomenológica de una enfermedad destructora como el Alzheimer. Muestra que, en los casos más extremos, el paciente se hunde en una desvinculación emocional producto de la plasticidad destructiva que lo afecta. Este aislamiento implica un desafío emocional para los familiares que observan que su ser querido se desconecta y que ellos no pueden hacer nada para evitarlo. No obstante, los familiares buscan asistirlo en su marginación. El alcance de este acompañamiento revela la experiencia humana del consuelo como respuesta intersubjetiva frente a esta desconexión. Su análisis muestra, de manera paradójica, la necesidad humana de poner distancia ante un sufrimiento extremo y señala, a la vez, su límite. El análisis antropológico de los dispositivos de la *actio per distans* ofrece un soporte trascendental a las éticas de la ternura frente a la vivencia de esta enfermedad.

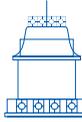
**Palabras clave:** Desconexión de sí, enfermedad, Malabou, Blumenberg, plasticidad destructiva, consuelo, *actio per distans*.

\* El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación *Aportes para una hermenéutica fenomenológica del estar enfermo*, registrado en la Vicerrectoría de Investigación de la Pontificia Universidad Javeriana con el número ID. 00009988.

## Como citar este artículo:

Cardona Suarez, L. F. (2024) Desconexión de sí y distancia. *Estudios de Filosofía*, 70, pp, 137-159. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355588>





## Disconnection from self and distance

**Abstract:** This article analyzes self-disconnection as a phenomenological characterization of a destructive disease such as Alzheimer's. In the most extreme cases of its development, we want to show that the patient sinks into emotional disengagement because of the destructive plasticity that affects her. This isolation implies an emotional challenge for family members who observe that their loved one has become disconnected and that they cannot do anything to prevent it. However, family members seek to assist their loved one in her marginalization. The scope of this accompaniment reveals the human experience of consolation as an intersubjective response to this disconnection. The analysis of this disconnection reveals, paradoxically, the human need to put distance in the face of extreme suffering and, at the same time, shows its limit. The anthropological analysis of the devices of *actio per distans* can offer transcendental support to the ethics of tenderness in the face of the experience of illness.

**Keywords:** Disconnection from self, illness, Malabou, Blumenberg, destructive plasticity, consolation, *actio per distans*.

**Luis Fernando Cardona Suárez:** Doctor en Filosofía. Profesor Titular de la Facultad de Filosofía de la Pontificia Universidad Javeriana. Decano de Facultad. Miembro del Grupo de investigación problemas de Filosofía y director de la línea Dolor y afectividad. Miembro de la Red de Fenomenología Naturalizada, Hermenéutica y Teorías de la Enfermedad, miembro de la Red Iberoamericana Leibniz y de la Sociedad Iberoamericana Hans Blumenberg. Trabaja en los campos temáticos de la metafísica, la filosofía de la religión, la historia de la filosofía moderna, la fenomenología y la hermenéutica. En los últimos años su investigación se centra en el campo de la fenomenología de la enfermedad, con un énfasis especial en la metaforología y la antropología filosófica.

<https://orcid.org/0000-0002-5475-4735>



## Introducción

Desde los comienzos de la cultura, el fenómeno del consuelo está vinculado a la vivencia del sufrimiento humano. Por ejemplo, en el *corpus hippocraticum* se indicaba que, cuando un sufrimiento o enfermedad no podían ser atendidas con los cuidados médicos, se requería tomar las medidas para el acompañamiento a un buen morir. Estas medidas implicaban la disposición adecuada del cuerpo y la preparación del alma para el tránsito de la vida a la muerte. En este proceso, el consuelo a través de la palabra cumplía un papel fundamental, pues como lo indicaba Esquilo (trad. 1993, p. 178), en su *Prometeo encadenado*, hay que recordar que para “un temple enfermo los únicos médicos son las palabras” (v. 376-377). Desde entonces, el vínculo entre el papel curativo de la palabra, sobre todo, del ensalmo (*epode*), y el arte de curar es una constante como vía de *kátarsis* o liberación del sufrimiento. Pero esta función no siempre se da únicamente a través de la palabra o por medio de conceptos; los gestos y las caricias pueden provocar en una persona que sufre el mismo efecto que los discursos.

A continuación, examinamos la función antropológica del consuelo en aquellos momentos de la vida en los que nos vemos agobiados por una serie de dolencias que modifican nuestro modo habitual de estar en el mundo. Esta función consiste en el dispositivo antropológico de la *actio per distans*. En un primer momento, nos detendremos a examinar la forma como ciertas enfermedades alteran nuestra forma habitual de vida, haciendo un particular énfasis en la marginación de sí o desconexión a causa de un padecimiento tan incomprensible como el Alzheimer. Después abordaremos el imperativo ético de asistir incluso a la pérdida de sí del paciente, sin buscar violentarlo con las palabras, sino acogerlo en su actual modo de ser con caricias y gestos de cariño. Y para ofrecer un soporte trascendental a este modo de asistir, buscaremos una articulación entre las éticas de la ternura y una mirada antropológica de la vulnerabilidad humana; nos basaremos aquí en la descripción antropológica del fenómeno del consuelo desarrollada por Hans Blumenberg en su obra póstuma *Descripción del ser humano*.

En esta articulación resaltaremos, finalmente, el dispositivo antropológico que nos permite poner a distancia el sufrimiento, aunque lo sea de una manera pasajera o causada por un otro que nos acompaña, seamos o no conscientes de ello. Esta posibilidad revela tanto la dimensión intersubjetiva de la forma como el ser humano vive y asume el sufrimiento, así como su límite, pues hay momentos en los que parece que no es posible superar, por medio de las palabras, la marginación o la desconexión de sí.

### 1. La enfermedad como una forma de vida

Cuando hablamos de la experiencia de la enfermedad solemos usar este término en tres sentidos diferentes. Designamos una determinada enfermedad (*disease*), indicando que en este momento estamos siendo afectados por un padecimiento que

nos perturba somática o mentalmente. Esto que nos está pasando suele ser objeto de un abordaje clínico y científico. Se trata del sentido objetivo y médico del término enfermedad, que se vincula normalmente con dolencias o estados patológicos, primando siempre aquí “el uso sustantivado del término enfermedad” (Grmek, 1995, p. 211). En el uso habitual que hacemos de este término queremos indicar también que estamos sufriendo de algo, señalando nuestra experiencia subjetiva y existencial del estar enfermo (*illness*). Aquí este término mienta una vivencia que condiciona y determina nuestra existencia. Y, finalmente, en su uso coloquial se indica también un sentido subjetivo y social, cuando se quiere señalar, por ejemplo, que se es un enfermo (*sickness*) o que se padece de una determinada anomalía psíquica o somática. Con este tercer sentido se indica una identidad a la que se le quiere dar un carácter social, cuando se habla, por ejemplo, de los enfermos de sida, de cáncer, de polio, etc. Por lo tanto, cuando usamos el término enfermedad señalamos “un hecho objetivo, una vivencia y una cierta identidad social” (Hofmann, 2001, p. 652).

En las consideraciones sobre nuestros sufrimientos priman las miradas biologicistas y exclusivamente médicas. En estas consideraciones se toma a la salud y a la enfermedad como algo objetivo y plenamente medible. La salud sería entonces un estado normal carente de enfermedad y la enfermedad “el concepto clave para definir la normalidad o no de los organismos biológicos” (Cryle & Stephens, 2017, p. 24). Por tanto, toda alteración o modificación abrupta, temporal o permanente de una estructura biológica se asume como un signo de enfermedad o de una afección patológica. Para determinar si un cambio anatómico o fisiológico genera preocupación, requiriendo una atención especial, se emprende una tarea altamente cualificada de medición, estandarización y evaluación de las funciones directas o indirectas que un organismo puede o no realizar, estableciendo el grado de compromiso ocasionado por la alteración detectada. La medición es el criterio fundamental que permite definir si se está o no ante un estado patológico o ante una situación particular, que amerite una intervención médica. En esta forma de proceder se deja, empero, de lado cualquier tipo de consideración subjetiva sobre lo que se ha experimentado. Nada subjetivo es pues relevante o debe ser considerado.

Cuando no es posible adaptación alguna, sobrevienen alteraciones drásticas que ponen en aprietos la existencia de un individuo, requiriendo el uso de estrategias para poner a distancia aquello que perturba. Recordemos que nuestra existencia es tan precaria que no podemos sostenernos por nosotros mismos y, a menudo, caemos enfermos.

Toda adaptación humana no se realiza de la misma manera en cada individuo, pues como expresión de máxima creatividad la vida no tiene que ajustarse a la ley del menor esfuerzo. La complejidad de nuestra vida radica en que no sigue un camino lineal o previamente determinado, sino que puede, muy bien, seguir cursos sinuosos o dar un

rodeo que, no obstante, puede resultar altamente beneficioso, para un individuo y para la especie en su conjunto.

La salud no se basa en una normatividad establecida para un individuo, ya que éste puede, incluso, sobrepasar el límite de sus posibilidades originales. No olvidemos que el individuo sano puede caer también enfermo y que su enfermedad se presenta en él como la puesta en marcha de otro género de posibilidades distintas a las que tenía antes de enfermar. Por esta razón, Oliver Sacks asume su trabajo clínico como la observación de un antropólogo con olfato romántico que observa extrañas formas de vida, que habitan en “unos domicilios que están en los límites de la experiencia humana” (Sacks, 2019, p. 21). Cada ser humano enfermo experimenta que su vida no transcurre de la misma manera que la de los demás y que su modo de estar en el mundo ha cambiado de tal manera que ya no es posible seguir siendo el que era antes.

En este contexto, podemos afirmar que la enfermedad no es “una [mera] variación en la dimensión de la salud; es [más bien] una nueva dimensión de la vida” (Canguilhem, 2011, p. 141). En esta dimensión aparecen “nuevas constantes fisiológicas, por nuevos mecanismos para obtener resultados aparentemente idénticos” (Canguilhem, 2011, p. 143) a los que ocurrían antes del surgimiento de una enfermedad. En este normativismo vital el eje de diferenciación entre la salud y la enfermedad radica en la capacidad de un ser vivo de sobreponerse o no a nuevas exigencias vitales sobrevenidas en la condición existencial en la que ahora se encuentra. En general, esta nueva capacidad se puede observar en comportamientos elementales, por ejemplo, el modo de andar, la posibilidad de tolerar o instruir nuevas normas, establecer seguridades y aseguramientos ante riesgos y desafíos del ambiente, o simplemente poder reaccionar con seguridad ante un cúmulo de nuevas exigencias cambiantes y nuevos desafíos de la vida.<sup>1</sup>

Examinar estas modificaciones ha sido la tarea de médicos y teóricos de estos fenómenos disruptivos, que han observado con cuidado la vivencia cotidiana de quienes sufren alteraciones extremas en su forma de vivir (Carel 2016). Escuchar estas formas extrañas de la vida, siguiendo el modelo narrativo emprendido antes por Luria (2010) en sus trabajos de novela neuropatológica, por ejemplo en *El hombre con su mundo destrozado*, y que fueron continuados por los trabajos de Sacks en la serie de su narrativa clínica, ha permitido recuperar la intuición hipocrática fundamental de que la enfermedad solo puede ser tratada cuando se logra ver la patografía que afecta al individuo que se quiere tratar o acompañar.

---

1 En la década de 1970 esta idea de normativismo vital fue ampliada con una revaloración de la idea de las unidades de selección, que vincula procesos de selección natural y de organización individual. Este proceso de selección no opera solamente en el organismo, sino en múltiples niveles de organización, por ejemplo, el que se da a nivel de los genes, en los grupos o poblaciones (Brandon, 1984, p. 32). Gracias a esta relación se pudo determinar con mayor precisión un concepto no normativo de función, ausente incluso en la fisiología de origen bernardiano (Canguilhem, 2009, p. 139).

Estas patografías tienen una función especial en el trabajo clínico y terapéutico. Nos permiten captar, de manera hermenéutica y situada, aspectos de nuestra vida humana que no podrían ser conocidos de otro modo, ya que en toda alteración salen a la luz potencialidades desconocidas antes.<sup>2</sup> La mirada de la ciencia impersonal, centrada en la medición y la simple localización tisular del daño, se transforma en un trabajo narrativo que complementa los esfuerzos clínicos, para dar acogida a toda forma de vida socialmente dislocada. Gracias a esta atención de biografías extremas, por ejemplo, de individuos con su mundo social destruido y que, no obstante, buscan afanosamente tener un lugar en medio de todo lo que los demás consideramos como normal, hemos podido acceder a extrañas formas de vida que nos revelan justamente “los límites de la experiencia humana” (Sacks, 2019, p. 21).

## 2. Los nuevos heridos a causa de la plasticidad destructiva

Una enfermedad puede modificar la cotidianidad de alguien y alterar su identidad personal de manera irreparable. El caso de Phineas Gage resulta, en este sentido, paradigmático. En el verano de 1848 en Vermont Phineas sufrió un accidente con un hierro que le perforó la base del cráneo, atravesando la parte frontal y saliendo a través de la parte superior de la cabeza. Este accidente no sólo fue dramático para Phineas, sino que a la vez permitió acceder a una serie de consideraciones psicopatológicas, permitiendo un abordaje más integral del trauma en general y, en particular, de las afectaciones violentas del cerebro.<sup>3</sup>

Los casos abordados en las narraciones clínicas que buscan aproximarse a una serie de dolencias, que alteran o modifican de manera abrupta la cotidianidad de individuos, muestran lo frágiles que somos y lo poco que comprendemos la complejidad de nuestra forma de estar en el mundo. Para comprender ciertos cambios extremos podemos retomar la caracterización de lo que Catherine Malabou (2018) denomina nuevos heridos. Con esta expresión clínico-hermenéutica esta filósofa y psicoanalista argelina quiere abordar una serie de lesiones que se caracterizan

2 Por ejemplo, al poner la mirada en la cotidianidad de un ser humano con su mundo destruido, como le ocurrió al soldado Zasetki, herido de gravedad en 1943 por varias balas, dejándolo vitalmente dislocado, “el médico no se ocupa, como el naturalista de una amplia gama de organismos diversos teóricamente adaptados de un modo común a un entorno común, sino de un solo organismo, el sujeto humano, que lucha por preservar su identidad en medio de circunstancias adversas” (Sacks, 2002, p. 23).

3 No obstante, la gravedad de este evento, Phineas no falleció en el accidente; al ser examinado inicialmente por el doctor Williams, parecía que era una persona normal, pese a la forma en que se veían sus heridas, pues respondía a las preguntas que se le hacían sin mayor dificultad. Después de su permanencia en el hospital, Phineas podía muy bien sentir, oír y ver, y no tenía parálisis en sus extremidades o en la lengua, como los neurólogos de la época esperaban que tuviera. Sin embargo, tan pronto se recuperó de su lesión, todos los que lo conocían se dieron cuenta de sus cambios radicales. En palabras muy simples, después del accidente “Phineas no era ya más Phineas” (Damasio, 1996, p. 22). ¿Cómo es esto posible? ¿Puede un accidente orgánico particular alterar de tal manera a un individuo produciendo cambios en su cotidianidad? ¿Qué nos dicen estos cambios de lo que sucede en ciertas enfermedades y de los modos en que podemos acceder a su comprensión?

por una alteración radical de la identidad personal ocasionada por una dislocación afectiva producida, por ejemplo, por un accidente en nuestro cerebro emocional.

Si, para Damásio, Phineas ha dejado de ser Phineas, convirtiéndose en un ser paradigmático para la investigación neuropatológica, la abuela de Catherine Malabou, hundida en una indiferencia emocional, producto del Alzheimer, es también una ocasión para abordar la vivencia de esta enfermedad tan demoledora tanto para el paciente como para sus familiares. Detenerse pues en este evento lleva a la filósofa a examinar no solo dolencias neurológicas, sino a reconsiderar la forma como hoy nos relacionamos con la enfermedad.

Para comprender la vivencia existencial de estos nuevos heridos, Catherine Malabou elabora un punto de articulación conceptual y metodológico entre las neurociencias y el psicoanálisis, a partir de sus investigaciones filosóficas sobre la naturaleza de la plasticidad. Ya en la década de los noventa del siglo pasado la psicoanalista y filósofa Julia Kristeva había señalado la necesidad de abordar las nuevas enfermedades del alma en el contexto de un diálogo interdisciplinar entre los trabajos de la deconstrucción lingüística y el psicoanálisis, para acceder al cuarto oscuro de la identidad personal. Esta psicoanalista buscaba examinar las tensiones íntimas del psiquismo, donde se reflejan a la vez la angustia de vivir, la alegría y la libertad del hombre occidental. Se proponía mostrar también la relación dialéctica entre la enfermedad y el recurso terapéutico de la palabra.

En su trabajo clínico, Kristeva demostraba que, más allá de la normalización terapéutica del psicoanálisis americano, “la psique es nuestra protección, con la condición de que no nos quedemos encerrados en ella, sino que la transfirmos mediante el acto del lenguaje hacia una sublimación, un acto de pensamiento, de interpretación, de transformación relacional” (Kristeva, 1995, pp. 36-37). Pero en estos trabajos, Kristeva dejaba aún sin examinar las posibilidades de destrucción de la psique causada por las lesiones severas en la amígdala, que tienen como consecuencia no poder desencadenar respuestas emocionales, hundiendo a los pacientes en una indiferencia emocional, como ocurre en los casos más extremos del Alzheimer.

Para abordar la forma como estas lesiones pueden modificar la identidad psíquica personal, Catherine Malabou propone desarrollar ahora un puente entre el psicoanálisis y las neurociencias, para atender a los reparos que Catherine Meyer ya había realizado al psicoanálisis por proponer una serie de definiciones fantasiosas del psiquismo que “no atienden de manera expresa a la realidad neuronal de los pacientes, que son objeto del trabajo clínico” (Meyer, 2007, p. 45). Con el fin de responder a este desafío metodológico y conceptual de Meyer, Malabou (2018) se propone intentar “una reinención teórica total de la psicopatología” (p. 17). En esta reinención, un papel definitivo lo tiene su concepción novedosa de los fenómenos atribuidos a la plasticidad.

Según Malabou, el concepto de plasticidad proviene inicialmente de la ingeniería de los materiales para indicar la capacidad que tiene un determinado material de interactuar con otros o con el ambiente modificando su apariencia inicial. Esta modificación se puede dar de dos maneras. O bien la plasticidad designa la capacidad de recibir una forma, como ocurre en el caso de la arcilla o el barro; o bien, señala el poder de dar forma, por ejemplo, cuando se quiere indicar el poder del escultor o del cirujano plástico. Pero con el término plasticidad se señala también, como se indica en la expresión explosivos plásticos, “la posibilidad de la deflagración o explosión de toda forma” (Malabou, 2007, p. 12). Con esta expresión se indica “el trabajo negativo de la destrucción” (Malabou, 2018b, p. 12). En este último sentido, la plasticidad se ubica “en el límite entre la creación y la destrucción de la forma” (Malabou, 2018, p. 47). Este límite designa nuestros modos cotidianos de habitar el mundo humano, como lo señalan también las narraciones neuropatológicas resaltadas por el trabajo clínico de Oliver Sacks.

Gracias a esta dimensión liminar del término plasticidad, Malabou examina la metamorfosis de la identidad producida por accidentes localizados en el cerebro emocional (*emotional brain*). Así, quiere establecer la relación entre plasticidad y destrucción, para comprender la forma de vida de estos nuevos heridos, que no son atendidos en su especificidad vital y, más bien, son marginados. A la marginación de sí que ellos sufren, se agrega el hecho de ser también marginados socialmente y confinados en hospicios en espera de su inevitable muerte.

Como ocurrió en el caso de Phineas Gage, este cambio representa una verdadera catástrofe, en la medida en que el paciente ya no se comporta ni se relaciona emocionalmente con los demás en la forma en la que lo hacía antes del evento traumático. Esta deflagración de la identidad personal es un fenómeno disruptivo que interpela a su círculo más cercano y familiar, aunque a menudo pase desapercibido para él debido a la anosognosia que acompaña a las lesiones en las áreas corticales somatosensoriales, generando los fenómenos de ausencia tan típicos en el Alzheimer. La anosognosia es la incapacidad de que el paciente se reconozca como enfermo, ya que se ha producido una denegación de sus posibilidades. Este agotamiento vital se produce “cuando el niño ha sido borrado en el adulto, cuando la cohesión ha sido destruida, y se ha desvanecido el espíritu familiar, cuando se ha perdido la amistad y han desaparecido los vínculos, en la frialdad más intensa de una vida desértica” (Malabou, 2018b, p. 72).

El carácter disruptivo de esta forma de plasticidad revela la profunda fragilidad humana que nos deja a menudo sin palabras, porque desafía nuestra forma habitual de comprensión de la vida. Somos tan frágiles que las estructuras existenciales que configuran nuestras respuestas emocionales se pueden deteriorar, debido a un accidente, una lesión o una destrucción psíquico-somática. Esta plasticidad destructiva no solo es fuente de una conmoción existencial en los pacientes; se

trata, a la vez, de una profunda perplejidad que afecta al entorno familiar y social del enfermo. Los más cercanos asisten a una implosión de la subjetividad o alejamiento del individuo enfermo, “que se convierte en un extranjero para sí mismo, que ya no reconoce a nadie, que ya no se reconoce a sí mismo, que ya no se recuerda” (Malabou, 2018b, p. 14). Al ir perdiendo la memoria, se pierde también toda historia con sentido; el proyecto, que configuraba antes la trama vital, se desvanece y los seres queridos más cercanos quedan inermes frente a la magnitud de la desconexión de sí que sufre el paciente.

Estos nuevos heridos muestran las posibilidades humanas de vernos afectados por una metamorfosis que acaece, no por causa de nuestra voluntad más o menos consciente. Estamos ante un cambio absolutamente sorprendente en sus efectos, aunque sus causas no sean del todo claras. Este trauma es un cambio que desconecta al individuo de sí mismo y de los demás, ya que se convierte súbitamente en un extraño para sí mismo, “por el hecho de no poder huir” (Malabou, 2018b, p. 19). Este no poder aísla al individuo en su soledad.

Estos hombres así heridos son realmente un desafío existencial para la sociedad, que promueve en todos los niveles la máxima conexión entre unos y otros. En efecto, “el enfermo de Alzheimer es el contraste de la sociedad conexionista, es el contramodelo de la flexibilidad. De hecho, es presentado como un desafiado: errante, sin memoria, asocial, sin solución. Se observa en su cerebro una disminución de conexiones, la acumulación de fibrillas en el interior de las neuronas y la presencia de placas seniles, así como de factores de rigidificación y de pérdida de la doble legalidad que, paradójicamente, conducen a errar caóticamente” (Malabou, 2007, p. 60).

Si bien el nuevo herido ha caído en una desconexión radical, los que asisten a semejante deflagración no pueden ser indiferentes; tienen el deber de buscar los medios más apropiados para acompañarlo, aunque no reciban respuesta alguna por parte de él o se restablezca una comunicación recíproca con él. Aquel que no puede huir reclama de mí, aunque no lo haga de manera consciente o expresa, que esté con él y le ofrezca un cierto consuelo ante su incapacidad vital, incluso que lo asista en su morir. Para entender el dispositivo que asiste al que no puede ya huir, nos detendremos en la antropología del consuelo, sugerida por Hans Blumenberg.

### 3. Asistir con caricias en medio de la desconexión de sí

¿Es posible recuperar el vínculo con el otro que ha resultado gravemente herido, de modo tal que no puede ya huir de una profunda desconexión de sí, ni organizar convenientemente su proyecto vital ni la relación con los demás? Ciertamente, los tratamientos farmacológicos y las terapias neuropsicológicas no logran hacer que el individuo retorne a su sí mismo emocional, una vez se ha desatado la desconexión de

su unidad psíquica. No es suficiente lograr que un individuo así afectado mantenga una supuesta latencia vital. Sin embargo, por parte de los que acompañan semejante grado de desconexión se busca abrir esta soledad a través de gestos simples, por ejemplo, el de una caricia consoladora. Cuando no es suficiente o posible acercarnos al otro con las palabras, callamos y buscamos el encuentro con él a través de los gestos de cariño ofrecidos en las caricias. No buscamos con ello reconocimiento o reciprocidad alguna como ocurre en los actos lingüísticos; simplemente le ofrecemos el calor de nuestras manos para acompañarlo, incluso cuando ya no nos puede reconocer o responder a causa de su ausencia.

En una simple caricia el vínculo intersubjetivo puede aparecer de manera momentánea, aunque no se lo pueda captar, retener o reconocer como tal. Con ello, se consigue, en medio del traumatismo más extremo de una vida compartida, la apertura al misterio humano del cara a cara, aunque ya no sea posible simetría alguna. Obviamente, este encuentro tiene un poder temporalmente sanador en medio de la ausencia de toda posible curación. Esta magia la conoce muy bien aquel que ha asistido a su ser querido en esta desconexión de sí; cuando fracasa todo esfuerzo por entablar comunicación con aquel que se ha hundido en esta deflagración de sí, el que lo acompaña en su asilamiento le expresa su cariño con una caricia. Este gesto es lo que Levinas denomina la responsabilidad sin reciprocidad, porque “el uno se ve afectado por el otro” (Levinas, 1998, p. 213). Aquí no hay que buscar en “la ausencia del otro la oportunidad para hacer valer las propias palabras y convicciones, pues ello equivaldría a violentar al enfermo” (Pelluchon, 2009, p. 179). Ante una persona con Alzheimer solemos hablar de cosas normales como si esto tuviera algún sentido para ella. Pero al no obtener la respuesta que deseamos, nos desesperamos antes de asistirlo y acompañarlo.

Cuando estoy ante el fenómeno de una desconexión de sí, me veo invitado a descubrir nuevas formas de relacionarme con este ser humano que se margina del espectro relacional y comunicacional. Querer comunicarse con él sólo con palabras es como “una relación entre unas ruinas arquitectónicas y el edificio del que estos restos provienen. Aunque se vislumbre su magnitud, no se apropia empero de su uso” (Jerôme & Ollivet, 2007, pp. 97-98). ¿Cómo poder mantener un intercambio vital que le sea acogedor, precisamente, a aquel que “vive” como desconectado de sí?

Cuando se pierde la relación mediada por las palabras, emerge el gesto de las caricias. Este descubrimiento es ciertamente una revelación ética e, incluso, una exigencia política que implica a todos los que asisten al que está así desconectado. El rostro de los nuevos heridos demanda la respuesta ética a la alteridad. Esto lo reconoce Catherine Malabou de manera autobiográfica en su libro: “Comprendí tarde, demasiado tarde, que la ternura (*tendresse*) habría sido la única repuesta. Que la incoherencia del comportamiento de mi abuela y su indiferencia visible eran también reacciones al impacto de la hospitalización. Debí intentar llevarla de vez en

cuando, por unas cuantas horas, a su casa. Le habría permitido reencontrarse con su ámbito familiar, sus «cosas». No debí buscar a toda costa y de manera absurda «refrescarle la memoria» sino dejarla, tranquilamente y sin esperar nada, «asistir a su propia ausencia» (Malabou, 2018, p. 14).

Asistir a esta ausencia del otro es un acto de acogida acompañado del deseo de consolar. Si la enfermedad es una vivencia que se suele sufrir de manera aislada, la liberación temporal de este estado es un fenómeno que demanda la cooperación de otro, dispuesto a asistir el trabajo del médico interior. Y si la enfermedad lleva al individuo a una pérdida radical e intransferible de su confianza básica de habitar en un mundo socialmente compartido, la posibilidad de transformar esta pérdida, aunque sea tan solo por un momento, se da cuando se produce un retorno de dicha confianza, gracias a la mediación intersubjetiva con un otro que está presente ante el individuo así afectado.

La responsabilidad para y con el otro se expresa como una forma de estar con él, ofreciéndole un posible consuelo en medio de su desventura. Aunque no sea posible curación alguna, podemos asistir a este desventurado con expresiones y gestos de consuelo como la caricia. La caricia es una “nueva forma de relación intersubjetiva en la que se explora lo que no es conceptualizable” (Quaknin, 1994, p. 18), traspasando lo patológico, para permitir que florezca el encuentro con aquel que está marginado y desconectado de sí. Con las manos acariciamos el cuerpo y con las palabras el alma del que sufre.

Una palabra acaricia o consuela no por el contenido de lo que diga, sino por la sinceridad de su decir o de su gesto. Su caricia permite el encuentro y la proximidad, incluso en medio de la ausencia de sí. Este encuentro es un fenómeno fácilmente comprobable con hechos simples. A quien atiende a una persona con sufrimiento, le basta con el hecho de simplemente tocarlo, de buscarlo con la mirada o saludarlo con una palabra cálida, para que el afectado se sienta tranquilo en medio de sus penas y congojas. Ambos, el que habla y el que escucha, o el que acaricia y el que es acariciado, pueden buscar un referente de sentido compartido, para encarar aquella vivencia de la que no puede dar cuenta quien sufre. En este contexto, las palabras y las caricias ofrecen al que sufre una cierta relajación, ya que puede sentir que él no ha sido del todo abandonado. El ser humano que sufre necesita sentirse acompañado, es decir, sentir que hay alguien que lo puede socorrer, sin pedirle nada a cambio. Esta es realmente la respuesta intersubjetiva frente al sufrimiento humano, esa mediación que “ayuda al enfermo en su búsqueda de un estado de menor renuncia posible, liberándolo de la fijación al estado anterior” (Canguilhem, 2004, p. 97).

Esta relación de acogida sincera le señala a quien sufre que podemos ayudarlo a poner a distancia, aunque sea por un momento, la inmediatez de su sufrimiento. Esto sucede incluso en el caso extremo de la demencia. También en el caso de aquel que se encuentra al final de la vida, cuando justamente ya no parece que sea posible

alguna atención terapéutica, él tiene “la necesidad de ser acompañado y consolado en estos momentos finales de su existencia” (Ellenberg, 2006, p. 193). Un signo de humanidad es la forma como atendemos a las personas que sufren a lo largo de su vida y en la manera como los acompañamos en el momento de su muerte, incluso a sus seres queridos en la vivencia del duelo. En estos procesos de compañía se pone en marcha nuestra capacidad de asumir lo incognoscible y revela, a la vez, nuestra falta de conocimiento y aceptación de la complejidad de la vida humana. Pero dicha falta no puede ser signo de indiferencia alguna o de negligencia en el trato con el otro. ¿Qué nos dice entonces la experiencia de asistir al otro con el gesto de la caricia en medio de la desconexión de sí y de su mundo compartido?

#### 4. Pensar el puente entre la ética y la antropología filosófica

La vida humana está atravesada por una profunda pobreza instintiva que sólo puede ser sobrellevada por medio de la acción, sobre todo de aquella que tiene una dimensión simbólica e inmunológica. Con la acción el hombre se da un lugar en el mundo, un espacio inestable. Para poder llevar esta inestabilidad, el humano desarrolla relaciones mediatas con la realidad a través del rodeo simbólico; “el *homo symbolicum* es también un *homo immunologicus*” (Sloterdijk, 2012, p. 25). En estas relaciones sobresalen aquellas que tienen que ver con el arte de curar a través de la palabra, pero no se agotan en ellas. Poner a distancia la crudeza de la realidad es la magia que le da una oportunidad al hombre de sobrevivir y poder seguir haciéndolo. Toda acción humana es una *actio per distans*.

Por extraña que sea, la vivencia de la enfermedad dice algo de nuestra propia condición y nos permite pensar de otra manera. Por ejemplo, frente a las éticas deontológicas, la denominada ética de la ternura abre el camino para acoger el acontecimiento de la deflagración de la identidad personal, provocada por la traumática plasticidad destructiva. La impotencia que se experimenta en casos extremos de desconexión de sí y aislamiento social nos revela que aún no comprendemos el sufrimiento que padecemos o que tenemos al frente. No lo comprendemos no simplemente porque nuestro saber científico no haya podido despejar las incógnitas que hay, por ejemplo, sobre este tipo de daño de una enfermedad como el Alzheimer, sobre su etiología y sobre el correspondiente sufrimiento que conlleva, así como sobre su posible tratamiento. Sin embargo, parece que la única vía posible sea tan solo la de poder asistirlo en el camino hacia su propia ausencia. Este camino cuestiona al que acompaña al enfermo, porque lo pone ante el hecho contundente del fracaso de la voluntad de dominar el mundo. El paciente no puede evitar hundirse en la indiferencia de sí y el que lo acompaña no puede hacer algo para evitarlo.

En estas situaciones, sentimos que debemos obrar, incluso cuando ya no hay nada que hacer. Aquí es donde el fenómeno del consuelo entra en escena. En la consideración filosófica sobre el sufrimiento humano un lugar particular lo ocupa el análisis del fenómeno del consuelo, de las posibilidades y límites de la consolación. Este fenómeno tiene una doble cara: por un lado, en cuanto somos vulnerables necesitamos ser consolados; por el otro, en cuanto seres sociales somos capaces de dar consuelo. La necesidad de consuelo es, según Müller (2003), “una categoría antropológico-trascendental, en la medida en que trata de la autocomprensión humana que actúa en un espacio normativo de diversas interpretaciones culturales” (p. 274).

El hecho empírico del consuelo lo podemos observar, apelando a una descripción detallada de las diversas estrategias y medios instrumentales usados por los hombres, a largo de su historia, para encarar su vulnerabilidad constitutiva y acompañarse los unos a los otros. Para desarrollar este paso, podemos examinar las distintas formas históricas en las que el hombre aborda sus dolencias y enfermedades, mostrando las posibilidades y límites de su tratamiento técnico. Ésta es, tal vez, la razón por la cual se indicaba ya en la literatura clásica que, una vez, agotados los caminos para el tratamiento técnico de sus dolencias y preocupaciones, al *homo patiens* no le queda otra salida más que pedir consuelo, para poder sobrellevar su sufrimiento.

Siguiendo esta primera consideración fenomenal del consuelo, nos podemos detener ahora en su función, considerándola como un trascendental antropológico, en términos de Müller (2003). Cuando se resalta la función antropológica del consuelo no se indaga sobre qué es lo que ha consolado al hombre (contenido) en una situación social y cultural determinada y aquello que no lo ha podido hacer. Procedemos así, debido a que “no solo la institución del consuelo sino también las causas de la necesidad de consuelo están vinculadas con procesos y factores sumamente naturales de la vida humana, [y, por tanto], no habrá transformación de las llamadas condiciones sociales que pueda tornar superflua la institución del consuelo” (Blumenberg, 2006, p. 623; 2011 [2006], p. 472). Si la necesidad del consuelo dependiese de ciertas condiciones culturales, históricas o sociopolíticas, no sería algo constitutivo para el hombre y no tendría, por consiguiente, sentido señalar que el consuelo podría ser una categoría antropológica trascendental.

Consideramos que esta categoría da cuenta de una función básica del ser humano para poder asumir su contingencia y vulnerabilidad existencial. Si el consuelo se puede convertir en un asunto propio de una consideración filosófica de la vivencia de la enfermedad, podemos avanzar hacia la pregunta normativa de “si se debe ofrecer o aceptar consuelo y qué tipo de presupuesto hay en esto” (Blumenberg, 2006, p. 623; 2011 [2006], p. 465). Esta cuestión permite examinar las implicaciones y alcances del acercamiento consolador a alguien que sufre, cuando la necesidad de su atención

cotidiana no parece urgente, así como cuando se quiebran ya todas las certezas básicas de estar en el mundo.

Consideramos que el análisis del fenómeno del consuelo, en su función antropológica, puede ser un punto de encuentro entre la demanda ética de asistir a aquel que se ha desconectado de sí y la antropología filosófica. Esta articulación ofrece un soporte trascendental a las llamadas éticas de la ternura y de la caricia, indicadas en líneas anteriores. Este soporte permite que estas posturas éticas superen las formulaciones emocionales con las que se suele presentar la pertinencia del consuelo en el campo terapéutico y clínico. Este soporte lo encontramos en el análisis del fenómeno del consuelo como una acción de distanciamiento o liberación de la fuente de sufrimiento.

Según Blumenberg, la necesidad de consuelo se hace visible inmediatamente, cuando le damos a conocer a otro nuestro dolor. Ahora bien, el correlato estructural para poder vivenciar el dolor de otro consiste en que la forma propia de la vida humana es esencialmente vulnerable,<sup>4</sup> porque “solo puede ser blanco quien ofrece o tiene un punto flaco. El humano es el ser que tiene puntos flacos” (Blumenberg, 2006, p. 634; 2011 [2006], p. 473). Pero solo podemos comunicar nuestros dolores a otro de un modo indirecto, pues es imposible comunicarle de manera objetiva una vivencia subjetiva.<sup>5</sup>

A partir de esta situación límite, nos abrimos a la experiencia del respeto. En la medida en que sé que yo no podría indicarle a otro, de manera inmediata, mi dolor, tengo, a la vez, un apoyo fenomenológico para apreciar su manifestación de dolor con respeto. Nos topamos aquí con una cierta dimensión ética frente al dolor y el sufrimiento: “Que nunca podamos saber qué significa cuando alguien da a entender que sufre un dolor, le reserva a esa expresión un límite de tolerancia. Este límite prohíbe comparar o menospreciar el grado de sufrimiento” (Blumenberg, 2006, p. 469; 2011 [2006], p. 469). En una consideración antropológica sobre el fenómeno del respeto de las expresiones de sufrimiento es necesario tener en cuenta, en las consideraciones éticas, la pregunta sobre lo que sería un buen consuelo y uno malo. Desconocer esta diferencia es fuente de negligencia o de imprudencia frente al dolor de los demás. Cuando le expreso al otro un gesto de consuelo y lo acompaño en medio de su sufrimiento o aislamiento extremo, lo asisto con respeto en medio de su impotencia y de la mía.

4 Las experiencias del dolor nos revelan que nuestra existencia está atravesada por la vulnerabilidad; “la vulnerabilidad es una *forma entis*, un ser y un estar constitutivo de todas y cada una de nuestras experiencias y por eso es la forma genérica de la realidad humana [...] Todo lo que tiene que ver con lo humano, lo bueno y lo malo, lleva el sello de su vulnerabilidad. Es decir, que la vulnerabilidad es la expresión fundamental de la condición humana” (Seguró, 2021, p. 14).

5 Si un rasgo fenomenológico distintivo de la experiencia del dolor es ser no intencional, como lo ha indicado Husserl, al señalar el carácter preintencional del dolor, “el complejo experiencial del dolor no puede ser comunicable” (Geniusas, 2020, pp. 56-57).

La dimensión antropológica del consuelo la podemos ilustrar a partir de la siguiente cita de Georg Simmel: “El concepto de consuelo tiene un significado mucho más amplio, más profundo que el que se le suele atribuir conscientemente. El humano es un ser que busca consuelo. Consuelo no es lo mismo que ayuda, ayuda busca también el animal; pero el consuelo es una vivencia curiosa que, si bien no hace cesar el sufrimiento, elimina el sufrimiento ocasionado por el sufrimiento, no afecta el mal en sí, sino a su reflejo en la instancia más profunda del alma” (Simmel, 1967, p. 17).

Releyendo esta cita de Simmel, podemos detenernos ahora en el examen del lado psíquico del consuelo, es decir, el hecho de ser una vivencia. En esta nota de su diario, Simmel señala que una consolación, en contraste con la ayuda del mal, que es urgente atender, no busca cambiar el estado de cosas del mundo. Más bien, tiene una función indirecta, pues, como lo señala Simmel, es “una vivencia curiosa que, si bien no hace cesar el sufrimiento, elimina el sufrimiento ocasionado por el sufrimiento” (Simmel, 1967, p. 17). Su carácter consiste en que distrae o difumina el sufrimiento que incrementa el dolor y el desamparo humano. Este carácter difuminador o psicológico tiene la función terapéutica de atender con respeto las diversas vivencias y expresiones del sufrimiento humano.<sup>6</sup>

Según Blumenberg, esta función tiene la forma de una delegación,<sup>7</sup> en la medida en que es la forma antropológica por excelencia de todo proceder simbólico o ficticio. Por esta razón, consideramos que cuando acompañamos con consuelo a aquel que se ha hundido en una desconexión extrema, acogemos su sufrimiento en un gesto simbólico y recogemos su imposibilidad de poner distancia frente a lo que lo desconecta de sí. Al recoger su impotencia buscamos, de una manera traslaticia, ofrecerle una oportunidad de distancia temporal de su marginamiento. Pero esto no quiere decir que ocupemos su lugar o que lo violentemos con palabras buscando retornarlo al mundo compartido con nosotros. Asistir a otro implica un gesto que corresponde a una estructura específica de funcionalidad estructural del ser humano. Por esta razón, consideramos que la autocrítica de Malabou, expresada en su libro *Los nuevos heridos* (2018), por no haber acompañado a su abuela en su indiferencia de sí, indica la necesidad de complementar esta exigencia con una mirada antropológica que ponga su centro en el modo más propio de sobrevivencia humana, a saber, establecer distancias frente a la realidad que lo afecta. Esto puede realizarse en

6 Para Blumenberg, “la filosofía (y en ella el análisis de la significatividad) sería pues una disciplina del trato adecuado con medios de consuelo; el pensamiento de Blumenberg se acercaría a un redescubrimiento de la práctica antigua del cuidado de sí, tal como de manera prominente lo han indicado todos después del Foucault tardío” (Heidenreich, 2022, p. 90).

7 La delegación es “un fenómeno elemental del mundo de la vida en la medida en que implica intersubjetividad, no sólo en el sentido de un interés teórico en su finalidad —como identidad de la atención también de otros respecto de los objetos idénticos de los de mi atención—, sino además como posibilidad de ocupar un mundo también más allá del horizonte de mi espacio próximo y lejano, es decir, de mi espacio táctil y visual” (Blumenberg, 2006, p. 672; 2011 [2006], p. 503).

primera persona o a través de la delegación y, de manera mediata, por la agencia de otro que asiste al que ya no puede hacerlo. No olvidemos que el hombre es un ser necesitado de consuelo y, a la vez, capaz de dar consuelo, incluso cuando no se lo han pedido o no han podido hacerlo.

Al contrario de los demás seres vivos no humanos, el hombre “está predispuesto a un cuanto de dolor que no solo se debe a las catástrofes de la naturaleza” (Blumenberg, 2006, p. 626; 2011 [2006], p. 476). Por esta razón, siguiendo a Simmel, podemos señalar que el “ser humano no tiene remedio” (Blumenberg, 2006, p. 626; 2011 [2006], p. 467). Pero esta expresión, tan común en los análisis de Simmel y de Paul Alberg, debe ser asumida en su sentido metafórico. Igualmente, debemos tener presente que no podemos por deseo escapar, ni de nuestro propio cuerpo, ni de nuestra respectiva conciencia.

No es fácil para nosotros huir; necesitamos de los demás y buscamos estrategias simbólicas y comunitarias para poner a distancia todo lo que nos afecta, perturba o amenaza de muerte. En el proceso de la antropogénesis el hombre no pudo seguir huyendo, pues debió “encontrar otras formas de salir del callejón sin salida” del no consuelo (Blumenberg, 2006, p. 627; 2011 [2006], p. 467). Si el hombre es un ser que no puede huir con facilidad, sobre todo de aquello que lo amenaza de muerte, ¿cómo puede seguir viviendo en medio de una vida que parece no tiene salida alguna, como ocurre cuando ha sido afectado por la plasticidad destructiva de su unidad psíquica y somática?

## 5. Asistir al otro como un acto de consuelo

No podemos asumir aquí esta sinsalida como la indicación de una condición real, sino como un valor límite, en sentido kantiano, que muestra a la vez una cierta forma liminal de la existencia humana. Mientras los hombres viven son viables y, por tanto, susceptibles de experimentar alguna forma de consuelo. Por esta razón, señalamos que es propio de los hombres, en la medida en que aún viven, tener a su disposición un “poderoso arsenal de instrumentos de consuelo y promesas vagas acumuladas en la historia de la humanidad” (Blumenberg, 2006, p. 628; 2011 [2006], p. 468). Cuando nos afecta la plasticidad destructiva no podemos ya apelar sin más a las formas discursivas habituales de consolación, pues la capacidad de significación lingüística se pierde también con el aislamiento y la desconexión de sí. En estos casos se requiere de la asistencia de un otro cercano que interceda para poner distancia, cuando ya no lo podemos hacer por nuestros medios. Como todo lo que sucede en la vida humana, los mecanismos de distancia son siempre intersubjetivos. Esto sucede así incluso cuando se ha roto toda conexión con uno mismo, con los demás y con la historia. Este es justamente el misterio de los lazos no conceptuales de mediación, como sucede en el caso de las caricias: operan en un nivel muy básico, pero determinante para la vida emocional de un individuo.

El primer lugar de este arsenal de intermediación lo ocupa lo que Hans Blumenberg caracteriza con el nombre de *actio per distans*. El consolar a través de la caricia es una forma de *actio per distans*, no mediada de manera conceptual. La existencia humana se ha hecho posible, al mantener a distancia todo lo que pueda amenazarla y poner en peligro su vida. Esta fue la ruta antropológica de la hominización. Este poner a distancia tiene una dimensión funcional, a saber, poder sobrevivir y continuar haciéndolo, incluso cuando la vida está amenazada por la plasticidad destructiva. Para resaltar el papel antropológico de esta función, podemos recordar que “en la multiplicidad de las actividades del ser humano que se pueden presentar descriptivamente, el mejor modo de captar el principio de unidad es con el término distancia [*Distanz*]” (Blumenberg, 2006, p. 579; 2011 [2006], p. 426).<sup>8</sup>

El hombre se hace hombre y puede sobrevivir en la medida en que se orienta y le sale al paso a quemarropa “a algo que sobrepasa el horizonte de su sentido” (Blumenberg, 1997, p. 10), a algo que irrumpe en su vida de manera imprevista, ya sea temporal o espacialmente, esté o no esté ya más disponible. Helmuth Plessner considera que el hombre es un ser que para existir “debe seguir un desvío para alcanzar un objetivo. Por desvío [se entiende] intuitivamente cualquier curva en el camino que se aparte de la línea de conexión directa más corta entre el ser vivo y su objetivo” (Plessner, 2022, p. 291). Pero un ser que existe poniendo en cuestión su propia vida vive entregado a una radical inseguridad existencial y, por tanto, a la posibilidad de su deflagración. El hombre debe desarrollar estrategias funcionales de distanciamiento, para poder sobrevivir.

Mientras el animal está sujetado a la cadena de las necesidades de las respectivas situaciones inmediatas y de sus cambios, el hombre puede, al contrario, retraerse de esta condición de modo independiente, produciendo una distancia con respecto a todo lo natural. El hombre puede romper el círculo de las prohibiciones de la inmediatez en la que el animal permanece capturado. Para el logro de su sobrevivencia el hombre ha creado, para sí e incluso para el medio natural en el cual se mueve, múltiples estrategias de cuidado y protección, como las desplegadas con finalidades salutíferas a lo largo de la historia. De aquí resulta un catálogo de técnicas concretas de consuelo, ya sea para darlo o para recibirlo, que en su conjunto configuran la *actio per distans* como un “radical específico del complejo de actividades humanas” (Blumenberg, 2006, p. 575; 2011 [2006], p. 430). La distancia consoladora se enfrenta a una realidad necesitada de consolación. Esta necesidad se pone en evidencia en el desamparo en el que solemos quedar a causa de un sufrimiento extremo o de una enfermedad y dolencia, que nos aíslan o nos desconectan de nuestros tejidos emocionales y vitales.

8 La distancia explica la pregunta fundamental que debe examinar todo intento de antropología filosófica, en la medida en que da cuenta de cómo es posible que el ser humano haya podido llegar a existir y continuar haciéndolo, ya que “no es tan obvio que el ser humano pueda existir” (Blumenberg, 2001, p. 414; 1999 [2001], p. 124).

Podemos sobrellevar este desamparo por medio de estrategias de distanciamiento; por ejemplo, a través de la delegación del dolor (*Delegation des Leidens*) a otro por medio de la compasión;<sup>9</sup> a través de una promesa en el futuro frente a un presente doloroso; por medio de una ritualización compensadora y la institucionalización de ciertas técnicas del alma para el cuidado de sí, como lo sugería el pensamiento hipocrático y la filosofía helenística clásica; y, finalmente, a través de la imaginación artística o metafórica, mítica o a través de cualquier otra forma inconceptual o simplemente ficcional (Blumenberg, 2006, pp. 627-633; 2011 [2006], pp. 468-472). Pero no toda delegación se da de forma lingüística o consciente; hay también formas no verbales como los gestos y las caricias. La delegación se puede dar incluso, cuando no se la ha pedido o no se la puede reconocer.

Pero toda consolación termina tan pronto nosotros nos vemos de nuevo afectados de manera inmediata, es decir, tan pronto “el golpe de las realidades nos devuelva definitivamente a la conciencia” (Blumenberg, 2006, p. 631; 2011 [2006], p. 471). Cuando damos consuelo al que sufre, no lo aliviarnos de su mal, tan solo lo acompañamos. Por esta razón, sentimos que nos acercamos de un modo amenazante al límite de la inconsolabilidad o al fracaso intersubjetivo de ayudar a otro a poner distancia frente a lo que, por sus propios medios, no puede hacer, porque justamente está desconectado de sí, como ocurre en el caso del Alzheimer.

Toda manifestación de consolación o solicitud de consuelo busca mantener alejados “los contornos de la realidad, de su desaparición detrás del horizonte” (Blumenberg, 2006, p. 632; 2011 [2006], p. 471). En este sentido, podemos olvidar, aunque sea por un momento, todo lo que nos pone en peligro de riesgo mortal. Esta es la magia del consuelo. Este poder olvidar siempre ha encontrado su lugar ejemplar en el fenómeno humano del dormir o en el sueño consolador, pues “dormir es la única forma de vida no turbada, impedida, molestada por la realidad, por lo que la defensa del sueño es algo que pertenece a la esencia de la vida, no su interrupción” (Blumenberg, 1986, p. 325; 2000 [1986], pp. 360-361).

Que nosotros no podamos escapar, a discreción, de nuestra conciencia compuesta corporalmente se puede expresar del siguiente modo: nosotros estamos necesitados de consuelo, porque, de un modo constitutivo, sufrimos. El ser humano es un ser que tiene siempre ante sí “puntos flacos” [*Blöße*]” (Blumenberg, 2006, p. 634; 2011

9 En el fenómeno de la compasión vemos el despliegue de la estrategia humana de una difusión ficticia (*fiktive Diffusion*), en la cual alguien toma parte de algo de lo cual no puede participar: “cuando lo otros simulan que sufren, se produce una especie de delegación del sufrimiento, de la suma del dolor, en esos otros. [...] El que sufre comparte su dolor, delega la función que como portador del dolor tiene que ejercer en principio él mismo y él solo. El consuelo se basa en la capacidad general del humano de delegar, de no tener que hacer y estar a cargo él mismo y él solo de todo lo que le incumbe y le toca” (Blumenberg, 2006, p. 625; 2011 [2006], p. 467).

[2006], p. 473) y que, en cualquier momento, puede perderse o desconectarse de sí, de los demás y de su propio mundo, como sucede en el caso del Alzheimer. El tener siempre puntos flacos es pues la condición que explica, desde un punto de vista antropológico, lo que Catherine Malabou caracteriza bajo el fenómeno de la plasticidad destructiva.

Somos seres necesitados de consuelo, porque desarrollamos una conciencia de la contingencia de nuestra existencia.<sup>10</sup> A partir de su constitución consciente y corporal, el ser humano se formula las siguientes preguntas fundamentales: “¿por qué justo a mí?, ¿por qué no a mí también?, ¿por qué yo?” (Blumenberg, 2006, p. 635; 2011 [2006], p. 473).<sup>11</sup> Estas preguntas son posibles únicamente para el hombre, porque él es una forma de vida que “existe siempre en una posición excéntrica” (Plessner, 2022, p. 314).

El fenómeno más crudo de esta excentricidad es justamente el hecho de que puede darse en nosotros el hecho abrupto de una desconexión de sí, que deja perplejo a todo aquel que la asiste. Para terminar el presente texto, queremos resaltar el alcance y las tareas que aún quedan pendientes para futuros trabajos.

Si la propuesta de Catherine Malabou para realizar un análisis de los nuevos heridos se centra metodológicamente en establecer un puente entre el psicoanálisis y las neurociencias, nosotros hemos querido aquí complementar su exigencia ética de asistir a estos nuevos heridos con la descripción antropológica del fenómeno del consuelo y la consolación realizada por Hans Blumenberg.

## 6. Conclusión

El análisis del fenómeno de la desconexión de sí que experimenta el enfermo de Alzheimer, producto de la plasticidad destructiva que lo afecta, puso de manifiesto la profunda destrucción emocional del enfermo y de su núcleo familiar. Pero en medio de esta ruptura intersubjetiva, surge también la necesidad de asistir al que así padece. Este primado ético de acompañarlo amorosamente con caricias, antes que institucionalizarlo en la frialdad de los hospicios, puede tener un fundamento antropológico, si tenemos en cuenta el análisis del fenómeno del consuelo. Aquel que ha perdido todo contacto con los demás cayendo en una marginación extrema, puede

10 El ser humano puede soportar su existencia porque puede dormir y soñar: “El sueño implica contingencia. Da a entender que no tiene por qué haber un mundo que sea un compendio de lo limitadas que son nuestras posibilidades. El sueño no es, si se puede decir así, más que lo segundo mejor, respecto al no-tener-que-despertar” (Blumenberg, 1986, p. 350; 2000 [1986], p. 361).

11 La reiteración sin fin de estas preguntas hunde al sufriente en un agotamiento especial: “Los agotados se quedan con la energía consumida una y otra vez. El sueño, que es a menudo el remedio para el cansancio, defrauda a los agotados” (Boyer, 2021, p. 214).

ser asistido, no obstante, por otro gracias a modelos no verbales como los gestos y las caricias, para recuperar, aunque sea de manera pasajera, un lugar de contacto intersubjetivo. Este acompañamiento compasivo revela el dispositivo antropológico de la *actio per distans* como la respuesta humana a toda forma de sufrimiento.

Aquí encontramos una articulación posible entre la antropología filosófica, de inspiración blumenberguiana, las reflexiones filosóficas sobre el alcance ético del fenómeno del consuelo y los esfuerzos por realizar una descripción fenomenológica de la vivencia intersubjetiva de una enfermedad tan destructiva de la personalidad psíquica como lo es el Alzheimer. Aunque no sea obvia su existencia, “el humano es el ser que es capaz de vivir «a pesar de»” (Blumenberg, 2006, p. 633; 2011 [2006], p. 472). No podemos escapar de ninguna manera de nuestra condición corporal y consciente, si es cierto que tenemos que vivir siendo conscientes, de manera permanente, de la insuficiente justificación que tenemos de nosotros mismos y de todo lo que nos pasa. Toda forma de consolación, verbal o no, es “la compensación de una estructura deficitaria” (Blumenberg, 2006, p. 632; 2011 [2006], p. 471), que en cualquier momento puede verse afectada por formas diversas de plasticidad destructiva.

Para hacerle frente a la precariedad de su existir y poder doblar el embate del medio ambiente en el que interactúa, el ser humano ha implementado, desde su origen, una serie infinita de mediaciones técnicas, verbales y no verbales, para aliviar dolencias y enfermedades. El desarrollo histórico de la cultura como mecanismo de compensación de la labilidad humana corresponde a las condiciones constitutivas del modo de existir del hombre. Cuando ya no son suficientes los medios técnicos habituales para atender dolencias y enfermedades, se abre empero el camino de la consolación a través, por ejemplo, de la palabra, el gesto y la caricia. Pero para poder mitigar e incluso poner a disposición, por medio de la cultura, las lesiones y dolencias que a diario sufrimos, debemos evitar aplicarnos o promover falsas consolaciones.

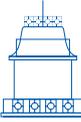
Aunque un paciente esté desconectado de sí, producto de la plasticidad destructiva que lo afecta, podemos empero asistirlo en su aislamiento con gestos simples de consuelo, como las caricias que le ofrecen al enfermo, aunque sea por un instante pasajero, la ocasión de tomar distancia de su hundimiento y generar un encuentro humano efímero con aquel que lo está acompañando. Estos gestos no solo pueden tener un alcance intersubjetivo, tanto para el paciente como para los familiares y cercanos, sino que puede indicar también una dimensión ético-política presente ya en el fenómeno del consuelo. Este asunto será objeto de una futura investigación en la que se muestre el alcance político de la *actio per distans*, sobre todo en los asuntos de salud pública, tan demandados hoy en todos los medios de comunicación.

## Referencias

- Blumenberg, H. (1986). *Die Lesbarkeit der Welt*. Suhrkamp. (2000). *La legibilidad del mundo* (Pedro Madrigal, trad.). Paidós.
- Blumenberg, H. (1997). *Schiffbruch mit Zushauer. Paradigma einer Daseinsmetapher*. Suhrkamp. (1995). *Naufragio con espectador. Paradigma de una metáfora de la existencia*. (Jorge Vigil, trad.). Visor.
- Blumenberg, H. (2001). *Ästhetische und metaphorische Schriften. Auswahl und Nachwort von Anselm Haverkamp*. Suhrkamp.
- Blumenberg, H. (2006). *Beschreibung des Menschen. Aus dem Nachlaß herausgegeben von Manfred Sommer*. Suhrkamp. (2011). *Descripción del ser humano. Edición póstuma a cargo de Manfred Sommer* (Griselda Mársico, tradra.). Fondo de Cultura Económica.
- Boyer, A. (2021). *Desmorir. Una reflexión sobre la enfermedad en un mundo capitalista* (Patricia Gonzalo de Jesús, tradra.). Sextopiso.
- Brandon, R. (1984). *Genes, Organism and Population. Controversies over the Units of Selection*. MIT Press.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina* (Irene Agoff, tradra.). Madrid: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2009). “Claude Bernard”, en: *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias* (Horacio Pons, trad.). (pp. 135-182). Buenos Aires: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico* (Ricardo Potschart, trad). México: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (2012). *Writings on Medicine* (S. Geroulanos y T. Meyers, trads). Fordham.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199669653.001.0001>
- Cryle, P. E, Stephens. (2017). *Normality: A Critical Genealogy*. Chicago: University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226484198.001.0001>
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano* (Joandomenec Ros, trad.). Barcelona: Crítica.
- Ellenberg, E. (2006). “*Approche étique de la caresse en fin de vie*». En: Ellenberg, E. (ed.). *Face aux fins de vie et à la mort*. (pp. 192-195). París: Vuibert.
- Esquilo. (1993). «Prometeo encadenado». En *Los persas; Los siete contra Tebas; Las suplicantes; Prometeo encadenado* (Marcelino Meléndez y Pelayo, trad.). pp. 161-204 Madrid: Gredos.
- Geniusas, S. (2020). *The Phenomenology of Pain*. Ohio: Ohio University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv224twdv>
- Grmek. (1995). “Le concept de maladie”. En M. Grmek. *Historie de la pensée médicale en Occident*. T. 1. París: Seuil.

- Heidenreich, F. (2022). "Bedeutsamkeitsanalyse. Ein dekonstruktive, therapeutisches und ästhetisches Verfahren". En Bajohr, H./ Geulen E. (Eds.). *Blumenbergs Verfahren. Neue Zugänge zum Werk*. (pp. 81-95). Göttingen: Wallstein. <https://doi.org/10.5771/9783835348080-81>
- Hofmann. (2001). "On the triad disease, illness, sickness." *En Journal of Medicine and Philosophy*, 27 n. 6, pp. 651-673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>
- Jerôme, P./ Olivet, C. (2007). "Toute pensée est-elle bonne à (faire) dire?" (pp. 94-99). En: Hirsch, E. & Olivet, C. (Ed.). *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer*. Paris: Vuibert.
- Kristeva, J. (1993). *New Maladies of the Soul* (M. Guberman, tradra.). Columbia University Press.
- Kristeva, J. (1995). *Las nuevas enfermedades del alma* (Alicia Martorell, tradra.). Madrid: Catedra.
- Levinas, E. (1998). *Dios, la muerte y el tiempo* (María Luisa Rodríguez, tradra.). Madrid: Catedra.
- Levinas, E. (2000) *God, Death, and Time*. (B. Bergo, trad.) Standford University Press.
- Luria. A. (2010). *El hombre con su mundo destrozado. Historia de una lesión cerebral* (Joaquín Fernandez-Valdez, trad.). Ciudad de México: Paidós.
- Malabou, C. (2007). *¿Qué hacer con nuestro cerebro?* (Enrique Ruíz, trad.) Madrid: Arena libros.
- Malabou, C. (2008). *What Should We Do with Our Brain?* (S. Rand, trad.) Fordham.
- Malabou, C. (2012). *The New Wounded* (S. Miller, trad.) Fordham.
- Malabou, C. (2012b). *Ontology of the Accident: An Essay on Destructive Plasticity* (C. Shread, trad.) Polity.
- Malabou, C. (2018). *Los nuevos heridos. De Freud a la neurología pensar los traumatismos contemporáneos* (Simone Hazan, tradra.) México: Paradiso editores.
- Malabou, C. (2018b). *Ontología del accidente. Ensayo sobre la plasticidad destructiva* (Cristóbal Durán, trad.). Santiago de Chile: Pólvora.
- Meyer, C. (2007). *El libro negro del psicoanálisis. Vivir, pensar y sentirse bien sin Freud*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Müller, R. (2003). *Theorie der Pointe*. Paderborn: Brill.
- Pelluchon, C. (2009). *L'autonomie brisée. Bioéthique et Philosophie*. Paris: PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.pellu.2009.01>
- Plessner, H. (2019). *Levels of Organic Life and the Human. An Introduction to Philosophical Anthropology* (M. Hyatt, trad.). Fordham.
- Plessner, H. (2022). *Los grados de lo orgánico y el hombre. Introducción a la antropología filosófica* (Javier Hernández, trad.). Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Quaknin, M-A. (1994). *Lire aux éclats*. Paris: Seuil.
- Sacks, O. (1987) *The Man Who Mistook His Wife for a Hat, and Other Clinical Tales*. Harpercollins.
- Sacks, O. (1995). *An Anthropologist on Mars: Seven Paradoxical Tales*. Vintage.

- Sacks, O. (2002). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* (José Manuel Álvarez, trad.). Barcelona: Anagrama.
- Sacks, O. (2019). *Un antropólogo en marte. Siete relatos paradójicos* (Damián Alou, trad.). Barcelona: Anagrama.
- Seguro, M. (2021). *Vulnerabilidad*. Barcelona: Herder.
- Simmel, G. (1967). *Fragmente und Aufsätze aus dem Nachlaß*. München: Drei Masken Verlag.
- Sloterdijk, P. (2012). *Has de cambiar tu vida* (Pedro Madrigal, trad.). Valencia: Pre-Textos.



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Neonatal pediatric suffering: limits of the phenomenology of suffering?\*

*Róbson Ramos dos Reis*

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil  
[robson.reis@ufsm.br](mailto:robson.reis@ufsm.br)

Recibido: 04/12/2023 | Aprobado: 08/03/2024

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355671>

**Abstract:** Neonatal suffering has been the focus of recent debates in pediatric bioethics and suffering theory. How can we access and conceptualize the suffering that can be attributed to newborns? How are we to discern the suffering of newborns who are non-neurotypical and may have short lives and severe neurocognitive disabilities, in addition to being entirely dependent on people or life-sustaining technologies? Phenomenology has provided valuable tools for analyzing the human experiences of suffering, but its application to neonatal suffering comes with fundamental challenges. In this paper, I consider recent contributions for elucidating the phenomenon of neonatal suffering, especially those in the field of non-experiential theories of suffering. Based on this review, a recent phenomenological approach to suffering is examined. Explicitly directed toward narrative persons, that approach appears to be inherently limited in elucidating the phenomenon of neonatal pediatric suffering. A suggestion is offered for partially elaborating the theoretical foundations of a phenomenological theory of neonatal suffering. This suggestion points towards a program for a phenomenology of the existential feelings of newborns.

**Keywords:** Neonatal suffering, theories of suffering, phenomenology, existential feelings

\* Research for this paper was supported by CNPq (304109/2021-5) and FAPERGS (19/2551-0000691-8).

## How to cite this article:

Reis, R. (2024). Neonatal pediatric suffering: limits of the phenomenology of suffering? *Estudios de Filosofía*, 70, pp. 160-179. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355671>

OPEN  ACCESS





ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Sufrimiento pediátrico neonatal: ¿límites de la fenomenología del sufrimiento?

**Resumen:** El sufrimiento neonatal ha sido el foco de debates recientes en bioética pediátrica y teoría del sufrimiento. ¿Cómo debemos acceder y conceptualizar el sufrimiento que se puede atribuir a los recién nacidos? ¿Cómo podemos discernir el sufrimiento de los recién nacidos que no son neurotípicos y pueden tener vidas cortas y discapacidades neurocognitivas graves, además de ser totalmente dependientes de las personas o de las tecnologías que les sustentan la vida? La fenomenología ha proporcionado herramientas valiosas para analizar las experiencias humanas del sufrimiento, pero su aplicación al sufrimiento neonatal plantea desafíos fundamentales. En este artículo, se consideran contribuciones recientes para dilucidar el fenómeno del sufrimiento neonatal, especialmente aquellas en el campo de las teorías no experienciales del sufrimiento. A partir de esta revisión, se examina un enfoque fenomenológico reciente del sufrimiento. Dirigido explícitamente a personas narrativas, ese enfoque parece ser inherentemente limitado a la hora de dilucidar el fenómeno del sufrimiento pediátrico neonatal. Se ofrece una sugerencia para elaborar parcialmente los fundamentos teóricos de una teoría fenomenológica del sufrimiento neonatal. Esta sugerencia apunta hacia un programa para una fenomenología de los sentimientos existenciales de los recién nacidos.

**Palabras clave:** sufrimiento neonatal, teorías del sufrimiento, fenomenología, sentimientos existenciales

**Róbson Ramos dos Reis;** Full Professor in the Department of Philosophy at the Federal University of Santa Maria, Brazil. Research areas: phenomenology, hermeneutics, ontology, applied phenomenology, philosophy and health. Author of *Necessidade Existencial: Estudos sobre a Modalidade na Fenomenologia Hermenêutica* (2023), *Câncer infantil, Sofrimento e Transformação: um Ensaio Fenomenológico* (2022), *Aspectos da Modalidade* (2014).

<https://orcid.org/0000-0001-5380-1192>



## 1. Infant illness experiences and neonatal suffering

The phenomenological approach to child illness experiences is premised on a claim about a child's way of existing: they exist in a situated, enacted, and embodied manner (Carel, Feder & Gyorffy, 2019). As situated beings, children experience illness in a way that is partially determined by the role played by family members and caregivers. As enacted beings, they are limited in their decisions and actions by decisions made by adults. And embodiment in their case specifically means constant and rapid bodily changes. Although this condition bounds the possibilities of action for children, their actions affect adults. Furthermore, there is a significant difference between their bodily scheme and the bodily scheme of adults (Carel *et al.*, 2019). Considering that in illness experiences entail suffering (for example, in the experience of the symptoms and in diagnostic and treatment procedures), it is natural to suppose that that claim also holds for the elucidation of pediatric suffering.

To the best of my knowledge, we do not yet have a phenomenological theory of pediatric suffering. An initial challenge that must be faced in the elucidation of the conceptual grounds for such a theory lies in the ambiguity of the term "child". In the phenomenological claim mentioned above, "child" is explicitly used as an umbrella term designating a diverse group that includes newborns, infants, toddlers, preschool children, primary school age children, and adolescents (Carel *et al.*, 2019, p. 374). This is not just a semantic issue, given that the formulation of a concept of neonatal pediatric suffering appears to be a requirement issuing not only from the suffering brought about by illnesses and clinical conditions that affect newborns but also due to iatrogenic suffering issuing from advancements in medical technology. Better pre- and post-natal medical care now allows for the survival of infants with disabilities or lifelong medical conditions, though the interventions needed for their survival admittedly cause pain and discomfort (de Weerd, van Tol, Albers, Sauer & Verkerk, 2015). Although the survival of a child is possible through technological support, such as ECMO, it is also a fact that these technologies bring about new and diverse forms of suffering (Tate, 2020a). Until the 1980 newborns were considered insensitive to pain and were subjected to procedures and even surgery without analgesics (van Manen, 2019, p. 69; Anand & Hickey, 1987).

Nowadays, on the other hand, there is evidence that iatrogenic pain induced by aggressive treatments in neonatal intensive care also causes suffering in nursing teams (Green, Darbyshire, Adams & Jackson, 2014). Also, despite the subjective nature of suffering, it is acknowledged that infants may indicate non-verbally when their suffering is unbearable: through various kinds of crying, movements, and reactions to food. Scales are now available for determining the intensity of pain and discomfort in newborns. Parents and experienced caregivers may also manage to assess the intensity of suffering in newborns (Verhagen & Sauer, 2005, p. 959).

Newborn suffering is now acknowledged and suffering relief actions are performed. Palliative sedation and pediatric euthanasia (Hanson, 2016), for example, are interventions that are debated and effectively undertaken in dying children (Clément de Cléty, 2016). The concept of suffering has been operational, therefore, in medical decisions. Much like the concept of “futility”, the notion of suffering appears to have a definite and consistent meaning. Yet it is employed colloquially to refer to a wide variety of experiences, introducing surreptitiously value judgments about the quality of life of patients (Salter, 2020). In important contexts, life and death decisions are made about newborns. The Groningen Protocol, for example, explicitly states that unbearable suffering is a condition for performing euthanasia in newborns (Verhagen & Sauer, 2005, p. 961). This situation is shown to be even more pressing when one considers the outcomes of a review of the uses of “suffering” in 121 papers in pediatric bioethics. The term was used 651 times, and in 52% of the papers it was used in a context of specific medical decisions. In 32% of the excerpts, the term was used to justify decisions to terminate life, and in 10% it was used to support continuation of life (Friedrich, Dempsey & Salter, 2020).

Naturally, the critical issues brought about by the acknowledgment of neonatal suffering and the role played by that concept in the justification of medical decisions based on the notions of quality of life and the best interest of patients has been a focus of recent inquiries (Brancatisano, 2021; Isaacs, 2021; Massie, 2021; Tobin, 2021; Tate, 2020a; 2020c). This line of inquiry becomes even more complex when newborns with severe neurocognitive disabilities and low prognosis for typical development are taken into account. One such case has been brought up by Tate (2020b). Esther is a premature eight-day-old baby; she has severe lissencephaly syndrome and lives in an neonatal intensive care unit. Her medical team found out she needed surgery to remove a section of necrotic intestine. Some in the team raise questions about whether surgery is recommended in this case, given the futility of the suffering to which she will be subjected and the continued suffering she will face throughout her short life afterwards. The parents wish what’s best for Esther. A nurse questions how much can be known about the nature and extent of her suffering, if something can be known at all about it. What is and how can we know about the suffering of human beings whose mind or experiential world are especially opaque to others?

Regarding this critical context of assessment laid out by Tate there is little theorization in the recent literature and also a lack of precision regarding ontological, epistemic and ethical questions about the suffering of someone too young to adequately communicate (Tate, 2020b, p. 139). Some efforts to mitigate these problems have been made and will be looked into below, as a first step towards answering the question whether the phenomenological approach to suffering has found an insurmountable challenge in this issue.

## 2. Types of theories of suffering and the limits of value-based theories

A typology of theories of suffering is useful for identifying which notions of suffering are restrictive in the sense that they make requirements that are not satisfied by newborns. A recent formulation distinguished three types of theories of suffering (Kious, 2021). Theories based on feelings identify suffering with unpleasant feelings. These theories conceive suffering as feeling unwell – feeling pain, for example. Suffering is simply the opposite of happiness.

Value-based theories conceive suffering as a state of affliction associated with a loss or a threat to something one regards important or valuable. The sources of the threat may be diverse and objects of value are varied. One should note that the concept of value is to be understood in a wide sense. For example, one may value what one desires or wants, what exerts attraction, and what one is willing to obtain. Whatever is the focus of care and attention may be valuable, and relative to it one may have a favorable attitude, a feeling of love or wanting. Crucially, this notion of value does not require a propositional capacity for making assessments.

Eric Cassell's (1991) personalist theory of suffering is a paradigmatic example of this type of theory. The conative theory of suffering as a second order desire (Brady, 2018) is also an example. The notions of suffering as negative affective interpretation (Kauppinen, 2020) and as global mental disruption (McClelland, 2020) are both value-based type theories. The theory of suffering as a significant disruption of agency assumes some valuation phenomena, insofar as it purports to relativize the strict distinction between objective and subjective suffering (Corns, 2022). However, the qualification of disruption as significant or important is sufficient for situating this theory in the value-based type as well. The theory of Patient Subjective Feeling (Tate & Pearlman, 2019), which conceives suffering as a negative existential feeling associated with possible losses in the sense of self, is also an example of value-based type experiential theory. Likewise, the Comprehensive Clinical Model of Suffering is a value-based type theory, since it understands suffering as sorted along four axes (biomedical, psycho-behavioral, socio-cultural, and existential), which include domains in which suffering is experienced as a loss or threat of a loss (Phillips, Uygur & Egnew, 2023).

It is important to underscore that the complex phenomenological notion of suffering, understood as an existential feeling referred to the disruptions expressed in one's embodiment, in the full domain of intentionality, in the narrative self, and in areas of strong evaluations (Svenaesus, 2014; 2020) is also a value-based theory. Likewise, the ontological-existential view of suffering as a mismatch between identifying possibilities and the intentional context of reference, and – in the extreme case – as a fine-graining of the possibility of impossibility, assumes a

kind of valuation in the opening of intentional contexts from significant existential possibilities (Walsh, 2022).

Theories based on teleology and flourishing are situated in the field of the non-experiential views of suffering. Someone may suffer objectively regardless of having an afflictive or unpleasant experience, whenever needs that condition teleologically oriented abilities are not satisfied. Suffering is a disturbance or obstruction of the flourishing that is proper to human life. This type of theory describes suffering as a frustration of the tendency to satisfy the internal *telos* of a vegetative, conative, deliberative-volitional, and contemplative life (van Hooft, 1998).

Regarding neonatal suffering, Tate correctly pointed out that Brady's and Cassell's theories are inappropriate, because they demand experiential conditions that cannot be attributed to newborns with severe neurocognitive disabilities. Apparently the same is true of the views held by Kauppinen, McClelland, and Corns, though a more detailed examination needs to be carried out. Overall, the attribution of a valuing capacity to newborns is not ruled out *a priori*, even if it surely cannot be a valuative capacity based on an ability to judge. It appears that the theories based on feelings would be the most appropriate for accounting for newborn suffering. This seems to be the view adopted, for example, in the Groningen Protocol, in which suffering is referred to as a subjective feeling (Verhagen *et al.*, 2005, p. 959). Yet, it seems less appropriate to seek a conceptualization of newborn suffering within the framework of value-based type theories, given that they imply a kind of experiential life capable of valuations, albeit very basic ones. There are thus reasons for choosing to elucidate the notion of newborn suffering through teleological and flourishing based theories.

### 3. Objective suffering in newborns

A recent proposal for a theory of pediatric suffering adequate for elucidating typical newborns as well newborns with conditions such as those of Esther (severe cognitive disabilities) issues from three theoretical requirements (Tate, 2020c). First, such a theory cannot be purely experiential, that is, based on some kind of subjective experience lived in the first person by the newborn. There is intuitive support for the claim that pre-linguistic babies and babies that do not speak or have self-awareness can experience suffering and not just pain. However, their expressive abilities are robustly limited, which render opaque their feelings, emotions etc. According to Tate (2020c, pp. 148–153), not even the proposal for enhanced experiential theories, such feeling and conative theories (Mayerfeld, 1999; Brady, 2018), are adequate for newborn conditions such as those of Esther. Second, a theory adequate to that condition must be objective, that is, it must conceive suffering objectively as a lack of flourishing specific to the

species. Third, that theory must not remain at a general level, but must also account for individual babies in clinical contexts and also be adequate to the ontology of very young children. In other words, not only does it have to be individualized, as it must also cohere with the type of being that a very young child is.

Observing these requirements, the objective theory of pediatric suffering initially identifies the suffering conditions of a healthy non-disabled newborn. These are necessary and sufficient conditions for their flourishing: warmth, protection, human touch, pain relief, access to appropriate milk, etc. In the absence of these, newborns suffer. At this point, the ontology of infants brings in an important trait of pediatric suffering. Newborns are entirely dependent on others; hence, their flourishing happens only within one-way relations of care. This fact renders pediatric suffering an intrinsically social and political event. Thus, the determination of pediatric and neonatal suffering can be made objectively, by identifying the specific natural teleology of the species. By identifying the conditions for the flourishing of an individual or of a population in a particular environment, in a given stage of their development, one also discriminates the conditions for their suffering: the absence of these characteristics brings about an obstruction or disturbance in their flourishing. This demystifies or desubjectivizes pediatric suffering (Tate, 2020c, p. 156).

The theory of objective pediatric suffering is further detailed for cases of babies and children with severe neurocognitive disabilities. This specification is carried out through a critical movement that begins by noting that the human species admits a wide spectrum of individualities. Each has unique and singular trajectories and teleologies. The specific teleology of the individual relates to a set of needs that are equally unique and singular. Hence, the suffering of babies such as Esther occurs when singular needs that answer for the possibility of their singular teleology are not met. This lack is unique to each individual and evolves on a daily basis. The flourishing of these babies is likely to differ a lot from what is typical for other members of the human species (growth into a language speaking child, who is autonomous, intelligent, rational, and capable of interpersonal relations with complex intentionality emotions, etc.), but it still may happen. Tate states that there can be flourishing even in the dying of a baby such as Esther (Tate, 2020c, p. 158). In sum, individual flourishing may happen according to individual limitations and capabilities. The suffering of disabled newborns means, therefore, that the conditions that allow for the unfolding of the corresponding individual teleology are not met.

This theory was subject to a recent critical examination (Kiou, 2023). Two overarching problems were pointed out: (1) care is said to be identical to flourishing, that is, meeting the conditions for flourishing would be identical to flourishing; and (2) there is a tension between holding that there can be species-specific flourishing and individual-specific flourishing. Both problems bring about a series of equally

troublesome consequences. The first difficulty rules out the possibility of a child suffering (not flourishing) despite being adequately cared for; it also shows a lack of a criterion for identifying *which kind* of care is needed for avoiding pediatric suffering. The second problem seems to entail the dissolution of the phenomena of suffering itself, insofar as individual-specific flourishing simply means being your own singular way. Hence, there would be no suffering properly speaking when that flourishing is prevented from happening: one then would not be able to be the unique and singular way one is. Furthermore, the relational and relative approach (social and individual-specific) threatens the very integrity of the notion of suffering. This is not the place to examine the cogency of those arguments. Yet we should underscore the philosophical orientation of the theory put forth, which is an objective suffering type theory, based on the concepts of life teleology and flourishing. Nonetheless, the need for integrating experiential elements into the theory of neonatal suffering and of the suffering of severely disabled children is acknowledged. Thus, the experiential theories of suffering – among them the phenomenological theory – could still offer a contribution to the understanding of pediatric suffering. Given this complex phenomena, a pluralistic attitude appears to be more adequate.

#### 4. Pluralism about neonatal suffering

The pluralist concept of suffering was recently put forth aiming at integrating into a model the various ways infants and non-verbal children may suffer (Zayegh, 2022). This is a multidimensional approach to child suffering, which acknowledges that pediatric suffering can be both subjective and objective. Subjective suffering encompasses negative experiences associated with pain, discomfort, and emotional affliction. Objective suffering refers to a reduction in the capacity to attain future or present elements of well-being.

Accepting that children can suffer in a subjective sense entails an acknowledgement of some basic level of consciousness, enough to perceive negative experiences associated with pain or emotional affliction, for example. This basic level of consciousness does not require a formed sense of personality, nor the ability to communicate. This proposition is offered on the basis of studies on consciousness and the presence of emotional affliction in newborns (Zayegh, 2022, p. 205). Also, subjective suffering can be sorted into measurable components, identifiable in observable behavior and psychological changes, and potentially unmeasurable components. It is associated with the language of harm.

Child objective suffering is associated with limitations in the capabilities for attaining objective goods, present and future. Objective suffering, therefore, relates to

losses in the capacity for attaining those objective elements of well-being associated with what one conceives as human flourishing. It is important to highlight that objective suffering is not viewed as a state inherent to an individual (mere limitation in the capacity for hearing, for example, by itself does not entail suffering), but as relative to a comparison with counterfactual situations. It is associated with the language of loss (Zayegh, 2022, p. 207).

The two types of suffering, objective and subjective, can happen locally or globally. Local subjective suffering refers to a negative experience occurring at a specific moment in time. Global subjective suffering has to do with an assessment of the *quantum* of negative experiences relative to positive experiences throughout an individual's life. Local objective suffering comprises a reduced capacity for attaining an objective component of well-being – for example, ceasing to be able to walk. When a general reduction in the capacity for attaining elements of well-being occurs, one has objective global suffering.

The proposal of a pluralistic notion that accounts for the suffering of newborns and non-verbal infants has a clear practical orientation. Elaboration of this concept purports to yield a model that can be applied in the area of communication and, especially, in shared decision-making about suffering children (Zayegh, 2022, p. 208). The pluralistic approach is also theoretically promising. A positive aspect is its inclusiveness regarding the various ways a newborn can suffer. It thus counterweights the allegation that the purely experiential approaches to suffering are insufficient (Tate, 2020c, p. 154). Acknowledging, on the basis of evidence, the possibility of child subjective suffering also allows for a formulation that is not merely conceptual of the problem of the limits of the phenomenological approach to pediatric suffering. In the next section, I reconstruct in more detail this approach, aiming at defining a conceptual framework for examining the challenges posed to a phenomenology of neonatal suffering.

## 5. The phenomenological notion of suffering

A phenomenological approach to the suffering of persons was put forth by Fredrik Svenaeus (2014; 2018; 2020). On this approach, suffering is an affective phenomena with multiple integrated experiential levels. Although interconnected, those levels must be distinguished: proper embodiment, engagement with others in the world, core life values. As an affective phenomena, suffering is an existential feeling. Based on a thorough elucidation of this type of affective phenomena done by Ratcliffe (2008; 2020), suffering is presented as an bodily world-disclosing feeling, that is, it renders possible the modalities of intentional behavior and meaningful relations with something. Existential feelings can be positive or negative. So as to qualify the

existential feeling of suffering, a criterion of severity was introduced. Suffering is thus viewed as an alienating existential feeling experienced in one's embodiment, practical engagement with other persons or with things, and core life values. Suffering is an alienating mood (*Stimmung*) that overwhelms someone, enveloping her in an effort to maintain familiarity in the world in an absence of purpose and meaning in life (Svenaesus, 2014, p. 413).

Seen close up, suffering entails afflictive experiences in three dimensions. In embodiment, the living body is experienced as strange, which has been described as a *dys-appearance* (Leter, 1990, p. 69). The alienating mood also presents itself in the intentional dimension, that is, in one's engagement with projects and goals as well as with persons and objects. Lastly, suffering is experienced at the level of core life values. In this dimension one finds primary assessments about what is significant, that which makes up part of the basis for the structuring of the sense of self. In these values there are areas of strong evaluation: values about how other persons are to be treated, about the content of a good life, and about self-identification as someone worthy of the respect of others. This territory of core values requires interpretation, which entails a horizon of self-reflection. Naturally, that reflection is not made up primarily of theoretical or philosophical elucidation, but comprises a horizon to which one comes to belong with the support of others. Suffering presents itself, therefore, as an alienating existential feeling that impacts those areas of strong evaluation and interpreted core life values.

The phenomenological approach conceives suffering as an alienating mood, an existential feeling present in integrated experiential levels: one's embodiment, being-in-the-world, and core life values. It is, therefore, an experiential notion of suffering. Yet it also contains aspects of the theories of objective suffering based on flourishing. Suffering refers to situations in which a person is prevented from flourishing and experiences that limitation as a loss in his or her condition of being in the world. In other words, suffering is an existential feeling in which efforts to flourish are obstructed (Svenaesus, 2022, p. 379). This characteristic of the phenomenological notion of suffering must be underscored because even though situated in the category of the subjective or experiential approaches, it still incorporates a reference to objective elements of flourishing. By actually centering the elucidation of suffering in the field of the theory of affectivity and, more specifically, by focusing on existential feelings, the phenomenological theory of suffering must be placed in a very special category. Suffering is conceived as an affective pre-intentional phenomena that conditions both the experiences of harm and the fact of a loss. Thus, suffering is not presented as a threat to something one values nor as an absence of the conditions for flourishing, but as something more basic, namely, as a disruptive change in the pre-intentional affective domain that conditions the living of the threat to what one values or of that which obstructs flourishing. Naturally, the phenomenological notion

of suffering refers to the evaluative and flourishing aspects, but as derived from the alienating mood or existential feeling.

Even if the phenomenological approach to suffering has not been presented as a clinical concept ready to be used in curative treatments and in palliative care contexts, it is oriented towards situations implicated in professional health care practice. The phenomenological notion of suffering conceives health and illness as belonging to the field of philosophical anthropology, understanding human beings as capable of suffering as embodied creatures, intrinsically embedded in the world, affectively attuned and capable of flourishing. An implication of this understanding is the conception of empathy for patients as a requirement that must be developed by health care professionals. Empathy means, in this context, a basic way of acquiring knowledge about patients as suffering persons, in and through dialogue with them (Svenaesus, 2022, pp. 380–381). Given this brief reconstruction, we can now turn to the question whether the phenomenological notion of suffering is adequate for an elucidation of neonatal pediatric suffering.

## 6. Guidelines for a phenomenology of neonatal suffering

It is noteworthy that the elucidation of suffering experiences as transformative experiences, which is put forth based on a phenomenology of anthropological existentials, has at its origin Michael Brady's definition of suffering, which is not phenomenological (Carel & Kidd, 2020, p. 173). It is interesting that a leading figure of the phenomenological approaches to illness (Havi Carel) employs a concept formulated within the analytic philosophy of suffering. A speculative hypothesis for this fact might explain that choice based on the intent, associated to Brady's definition, of elaborating an overall theory of suffering that would include non-human animals and humans that do not yet have higher cognitive capabilities. However, that choice might be justified by the simple fact that we still do not have a phenomenological theory or notion of pediatric suffering in general and of neonatal suffering in particular.

The phenomenological notion of suffering laid out by Svenaesus is explicitly formulated to elucidate the suffering of persons. It is not sufficiently wide to include the suffering of non-human animals, nor of populations designated as pre-persons, very young persons, very old persons, and post-persons. Quite the contrary, it is a notion that purports to conceptualize the suffering of narrative persons (Svenaesus, 2018, pp. 136-144). If it is correct that a narrative person begins to emerge at around four years of age, with the beginning of the formation of stories about oneself that incorporate interpretations in the field of strong evaluations about core nuclear values, then the phenomenological concept of suffering could provide a basis for a

theory of the suffering of children and adolescents. Unless shown otherwise, this is a program yet to be developed. The phenomenological concept of neonatal suffering cannot operate under the assumption of a narrative person already established or already on its way. This is precisely an important challenge for the phenomenological theory of suffering, namely, the elaboration of a specifically phenomenological notion capable of accounting for the suffering of babies and infants with severe neurocognitive disabilities.

The elaboration of a phenomenology of neonatal suffering might benefit from two methodological suggestions. First, the formulation of a phenomenological concept of pediatric neonatal suffering needs to avoid a purely abstract procedure that would seek to identify, based on the concept of the suffering of narrative persons, those aspects that are absent in newborns. That procedure would conceive babies as small children or as small adults, formulating a concept of neonatal suffering by abstraction from aspects typical of adults or narrative persons. The second suggestion has to do with the direction of the interrogation, that is, what would the adequate question need to be to give rise to a phenomenology of neonatal suffering? This suggestion has implications, therefore, for the elaboration of the initial question. The issue raised by Tate – “what kind of a thing a child actually is” (2020c, p. 154) – can be a starting point, assuming that it is understood as a formal indication. This is an ontological issue that needs to be worked on phenomenologically.

In this case, it assumes the question about the context in which a newborn is presented as a phenomena. How do babies present themselves as babies, that is, how do newborns donate themselves as newborns? To be sure, this is a varied and changing context, but it has a formal trait. Newborns are present as such in relations of care, in the dyad baby–caregivers. This is a simplified answer, because it is formal. It comprises both the contexts of pre-natal interaction and, beyond parental care, the interventions and attention offered in neonatal intensive care units.

Having in mind this indication, the phenomenological approach cannot disregard that the systematic thematization of the constitution of human babies in relations of care and interaction has been taken up in robust empirical investigations. There is a wealth of recent investigations on the characteristics, processes, and mechanisms, at a personal and subpersonal level, that can be identified in newborns (Rochat, 2004). This seems to be a trivial indication. Yet it acquires relevance when one considers that the results of empirical investigations in Developmental Psychology have brought about a fundamental change in the understanding of the general constitution of newborns. More specifically, the hypotheses of non-dualism and syncretic sociality have been driven away as they have been shown to be deprived of an empirical basis (Reis, 2020). This means that the phenomenology of the newborn can no longer assume, as it used to, that babies are in a state of fusion, non-dissociation, natural autism or mental disorganization.

It is not possible to review here the consequential results of empirical research about the mental and experiential life of newborns (and fetuses also). It suffices to consider the following results. Newborns exhibit a sensorial awareness of painful stimuli, the ability to distinguish their own touch from that of someone else, the sense that their bodies are separate from the world, the capacity to express emotions and to exhibit signs of shared feelings (Lagerkrantz & Changeux, 2009). They have some minimum awareness of themselves as differentiated and situated alongside others in the world. They have an ecological and interpersonal sense of themselves. This self-consciousness shows itself at least in contexts of sensation, perception, action, and affection. There is empirical evidence that babies already have at birth a minimum awareness of their own bodies as unified and organized. Also, newborns have a proclivity to detect identity in the experience of things in the environment, in the experience of other persons and in subjective, embodied experience of being in the world in a felt, perceptual, and agential way (Rochat, 2011).

Since the hypothesis of non-social syncretism and baby-world fusion was dropped, the question “what kind of thing is in fact a child?” has received the following phenomenological reformulation: how must a baby be so as to have meaningful experiences of a minimum intersubjective and ecological self? Naturally, this is a research program for a phenomenological ontology of newborns, which also needs further qualification from a processual and developmental ontology. The empirical and phenomenological investigations about the experience and the experiential world of babies play an indispensable role in this program. One may also speculate that neonatal suffering, as a disruptive phenomena, might be an epistemically privileged field in this ontological program.

Even though this is a recent field of investigation, as is the project of a developmental phenomenology (Vincini & Gallagher, 2021), already an important contribution for the phenomenology of the neonatal world has been made (van Manen, 2019). Relative to the main point of neonatal suffering, one may note the incorporation into that phenomenology of the advancements made in empirical studies on pain, agitation, and other afflictive infant experiences. One should consider, for example, that the variations in the visible manifestations of suffering can vary according to illness and maturity. Also, perceived afflictive behaviors do not necessarily correspond to afflictive experiences (van Manen, 2019, p. 75).

The purpose of these indications was simply to offer suggestions for an adequate phenomenological formulation of the ontological question that should guide the elaboration of a phenomenology of neonatal pediatric suffering. On the one hand, one must consider the field of the phenomenalization of newborns: the interpersonal and care relations. Furthermore, one must take into account the best evidence coming from the empirical investigation of newborns, especially the evidence from Developmental Experimental Psychology. Regarding this point, the giving up of the

hypothesis of fusion or non-social syncretism and the acceptance of a minimal *self* already at birth is a result that renders consistent the program for a phenomenology of the newborn world. Based on it, a phenomenology of newborn suffering – which is still to be elaborated – may be outlined. To conclude this paper I will lay out a programmatic suggestion that needs to be detailed conceptually and assessed empirically.

## 7. The development of newborn existential feelings and suffering

The phenomenological approach conceives suffering as an affective phenomena, an alienating existential feeling that shows up in various experiential levels: in embodiment, in shared agent intentionality and in the areas of core interpreted life values. Suffering is basically an existential feeling. According to Ratcliffe, existential feelings make up an extremely diverse special class of affective phenomena (Ratcliffe, 2008; 2016; 2020). They are bodily feelings, not emotions. Also, they are bodily feelings not directed to something different from the body itself, nor to parts of one's body. Rather, existential feelings are pre-intentional, both in the sense of being conditions of all modalities of intentional experiences and in the sense of bringing about the original disclosure of the world. In formal terms, existential feelings make up a sense of reality and belonging. Reality and belonging, in turn, are conceived structurally as non-inferential experiences of possibility. More precisely, existential feelings make up a sense of being posited and of existing in a space or horizon that shelters kinds of possibilities. The possibilities are categorized, furthermore, as possibilities that matter, possibilities of intersubjective agential actualization, possibilities that foster actions pertaining to capabilities and possibilities whose actualizations are associated to affective styles of anticipation. The latter is manifestly the most complex, since human experience has a structure of anticipation of possibilities that is complicated, multifaceted, dynamic, and cohesive (Ratcliffe & Broome, 2022, p. 66). The habitual form of the affective style of anticipation of possibilities is that of basic trust (Ratcliffe, 2023, 2014). The spaces of possibilities evident in existential feelings are, finally, intrinsically dynamic and vulnerable to erosions, losses, and recoverings. In general, existential feelings act in a tacit and pre-reflexive manner, but are susceptible to changes that allow for their thematization.

The suggestion is that we elucidate phenomenologically newborn suffering by focusing investigation not only on experiential harm and teleological losses of the conditions for flourishing, but on the existential feelings of newborns. Considering the evidence provided by the Ecological Psychology of Development, which strongly indicates the presence of minimal intentional experiences already at birth and also a primary form of intersubjectivity, it is natural to infer that newborns are also affected by existential feelings. The proposed suggestion, in more general terms, consists

in elaborating a phenomenology of the development of existential feelings. This program is not limited to newborns and may be extended to babies with secondary intersubjectivity as well as children. However, for a contribution to the foundations of a phenomenological approach to neonatal suffering, the investigation would need to focus on the phenomenology of newborn existential feelings, with a special attention to chronically ill and non-neurotypical babies.

This suggestion can be further qualified by the indications coming from the operating phenomenological premise of the phenomenology of pediatric illness, namely, (1) the fact of the one-way dependency of infants regarding caring practices, and (2) the relational conception of neonatal suffering. The phenomenological premise maintains that infant patients are constitutively dependent and situated in a family and caregiver context (Carel *et al.*, 2019, p. 374). Babies exist as contingent beings, i.e. exist only if they receive the time, energy, and care of those who act in their favor (Tate, 2020c, p. 154).

The relational attitude claims that neonatal suffering should be examined not only intrinsically, but taking into account the suffering present in caring relations. In the case of non-neurotypical newborns, their suffering experiences are potentially unknowable, turning on the external perspectives of acknowledgment, relative to which there are few resources for verifying attributions of suffering. From a relational attitude one considers that the suffering identifiable in care relations can be epistemically privileged for the attribution of suffering to newborns. The assumption carried by this attitude resides in the acknowledgment of the ontologically basic nature of relations, of the constitutive interdependence and relationality of human beings, as well as of the fact that the relations in which development and flourishing happen begin very early, in a condition of extreme dependency (Campelia, Kett & Wightman, 2020, p. 168).

These three basic conceptions point to an orientation for the phenomenology of the existential feelings of newborns. One is to examine the formation of existential feelings from social relations of care, which, naturally, begin even before birth. In structural terms, the phenomenology of the development of existential feelings in newborns would examine the acquisition or freeing-up of a space or horizon of possibilities based on social and care interactions. On the other hand, dependency and relationality are not relevant only in the thematic orientation of the study of newborn existential feelings, but also have epistemic relevance. The existential feelings of caregivers are important indicators of the existential feelings of babies. To sum up, the extreme dependency of newborns does not only mean that they depend on being cared for by others to survive and have their needs met. The very constitution or freeing-up of the horizon of possibilities is constituted relationally, and must be thematically and methodologically considered in the phenomenology of infant existential feelings.

In terms of thematic topics, the ontology of existential feelings in general offers delimitation of possible fields of phenomenological inquiry. As bodily feelings, the embodiment of newborns represents a domain that is conducive to the identification of existential feelings and their dynamics. Extreme dependency, in turn, entails that intercorporeality also needs to be examined in the phenomenological analysis of infant existential feelings. As feelings of belonging to a space of possibilities, the study of the development of existential feelings in childhood ought to consider the acquisition or freeing-up of types of possibilities, considering that babies are situated in the familial horizon of possibilities. The intersubjective agential determination of possibilities, that is, that some possibilities are actualized by someone, by no-one or by more than one person can also be approached from the perspective of the primacy of caring relations.

No less relevant is the focus on the phenomenological analysis of the formation of affective styles of anticipation of possibilities. Basic trust is considered a habitual manner of anticipating actualizations of possibilities. In this sense, the studies on the development of trust and, especially, of basic trust, are crucial to the phenomenology of infant existential feelings. Given the centrality of interpersonal relations for basic trust (Ratcliffe, Ruddell & Smith, 2014, p. 5) – trusting others – the focus on relations of care assumes a privileged position in the phenomenology of the development of the affective style of anticipating possibilities. Naturally, insofar as the horizon of possibilities is a dynamic, subject to robust changes, the examination of the types of dynamics in infant existential feelings is a special field of inquiry in the phenomenological research program for a phenomenology of neonatal suffering. In this sense, studies on the regulation of existential feelings offer a starting point for that inquiry (Stephan, 2012; Ratcliffe, unpublished).

These indications for a research program of a phenomenology of the existential feelings of newborns are rather incipient and schematic. Alongside the conceptual difficulties they entail (for example, the meaning of infant space of possibilities, the criteria for sorting those possibilities, as well as the meaning of their specific dynamics), the methodological challenges are evident. The study of existential feelings in adults can make use of autobiographical material and of case reports in the psychopathological and psychiatric literature. In both cases, the resources are written documents and verbal reports. None of this is available for the study of existential feelings of newborns, except for documents occasionally produced by caregivers. In this case, empirical research is unavoidable, especially the type carried out according to the more recent phenomenological methodologies for qualitative research. Here, too, there are major challenges. To be sure, the methodologies for acquiring experiential data from interviews are pertinent to the study of experiences of relations of care. To the best of my knowledge, the phenomenological approach (Klinke & Fernandez, 2022) has not yet been applied to the analysis of observational

evidence of newborn behavior. These conceptual and methodological challenges need to be faced, so that there may be a phenomenological contribution to the theory of neonatal suffering.

## 8. Conclusion

In this paper I have revised two recent proposals for elucidating newborn suffering: the theory of suffering as an individual-specific non-flourishing and the pluralistic model of neonatal suffering. The pluralistic model admits that newborns may suffer in an experiential and not merely objective sense, and is relevant for a possible phenomenological approach to neonatal suffering. I considered the phenomenological notion of suffering, understood as an alienating existential feeling that is manifest in integrated levels of embodiment, shared agent intentionality, and areas of core life values. I underscored that the notion is appropriate for elucidating the suffering of persons who already have a narrative self. Evidently, it does not seem adequate for accounting for neonatal suffering, especially that of babies whose clinical condition entails severe neurocognitive disabilities. Yet it suggests a phenomenological contribution for the theory of neonatal pediatric suffering. In fact, that suggestion comprises a program for a developmental phenomenology of existential feelings, emphasizing the phenomenological elucidation of the existential feelings of newborns. This suggestion needs to face up to conceptual, methodological and empirical challenges, but it represents a promising path for approaching phenomenologically neonatal pediatric suffering. Evidently, the clinical and bioethical applications of this approach also poses urgent and theoretically robust challenges for the phenomenology of suffering.

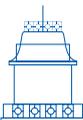
## References

- Anand, K. J.; Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England Journal of Medicine*, 317(21), 1321–1329. <https://doi.org/10.1056/NEJM198711193172105>.
- Brady, M. (2018). *Suffering and Virtue*. Oxford University Press.
- Brancatisano, S. (2021). Suffering and end-of-life decision making. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(5), 766. <https://doi.org/10.1111/jpc.15461>.
- Campelia, G.; Kett, J; Wightman, A. (2020). Relational suffering and the moral authority of love and care. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 41(4), 165–178. <https://doi.org/10.1007/s11017-020-09530-z>.

- Carel, H.; Feder, G.; Gyorffy, G. (2019). Children and health. En A. Gheaus; G. Calder; J. Wispelaere (Eds.), *The Routledge Handbook of the Philosophy of Childhood and Children* (pp. 373–383). Routledge.
- Carel, H.; Kidd, I. (2020). Suffering and transformative experience. En D. Bain; M. Brady; J. Corns, J. (eds.), *Philosophy of Suffering: Metaphysics, Value, and Normativity* (pp. 165–179). Routledge.
- Cassel E. (1991). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford University Press.
- Clément de Cléty, S.; Friedel, M.; Verhagen, A. A.; Lantos, J. D.; Carter, B. S. (2016). Please do whatever it takes to end our daughter's suffering! *Pediatrics*, 137(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3812>.
- Corns, J. (2021). Suffering as significantly disrupted agency. *Philosophy and Phenomenological Research*, 10 (3), 706–729. <https://doi.org/10.1111/phpr.12841>.
- de Weerd, W.; van Tol, D.; Albers, M.; Sauer, P.; Verkerk, M. (2015). Suffering in children: Opinions from parents and health-care professionals. *European Journal of Pediatrics*, 174(5), 589–595. <https://doi.org/10.1007/s00431-014-2440-1>
- Fitzgerald M. (2015). What do we really know about newborn infant pain? *Experimental Physiology*, 100(12), 1451–1457. <https://doi.org/10.1113/EP085134>.
- Friedrich, A. B.; Dempsey, K. M.; Salter, E. (2019). The use of suffering in pediatric bioethics and clinical literature: a qualitative content analysis. *Pediatric Ethicscope*, 32(2). <https://pediatricethicscope.org/article/the-use-of-suffering-in-pediatric-bioethics-and-clinical-literature-a-qualitative-content-analysis>.
- Green, J.; Darbyshire, P.; Adams, A.; Jackson, D. (2016). It's agony for us as well: Neonatal nurses reflect on iatrogenic pain. *Nursing Ethics*, 23(2), 176–190. <https://doi.org/10.1177/0969733014558968>.
- Hanson S. S. (2016). Pediatric euthanasia and palliative care can work together. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 33(5), 421–424. <https://doi.org/10.1177/1049909115570999>
- Isaacs, D.; Preisz, A. (2021). Suffering and end-of-life decision-making. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(9), 1356–1359. <https://doi.org/10.1111/jpc.15380>.
- Kauppinen, A. (2020). The world according to suffering. En D. Bain; M. Brady; J. Corns (eds.), *Philosophy of Suffering: Metaphysics, Value, and Normativity* (pp. 19–36). Routledge.
- Kious B. (2022). Three kinds of suffering and their relative moral significance. *Bioethics*, 36(6), 621–627. <https://doi.org/10.1111/bioe.13021>.
- Kious B. (2023). Suffering and the dilemmas of pediatric care: a response to Tyler Tate. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 44(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s11017-023-09615-5>.
- Klinke, M.; Fernandez, A. (2022). Taking phenomenology beyond the first-person perspective: conceptual grounding in the collection and analysis of observational evidence.

- Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 22 (1), 171–191. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09796-1>.
- Lagercrantz, H.; Changeux, J. P. (2009). The emergence of human consciousness: from fetal to neonatal life. *Pediatric Research*, 65(3), 255–260. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e3181973b0d>.
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. University of Chicago Press.
- Massie J. (2021). Suffering and the end of life. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(7), 979–980. <https://doi.org/10.1111/jpc.15566>.
- Mayerfeld, J. (1999). *Suffering and Moral Responsibility*. Oxford University Press.
- McClelland, T. (2020). The disruption model of suffering. En D. Bain; M. Brady; J. Corns (eds.), *Philosophy of Suffering: Metaphysics, Value, and Normativity* (pp. 37-54). Routledge.
- Phillips, W. R.; Uygur, J. M.; Egnew, T. R. (2023). A comprehensive clinical model of suffering. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(2), 344–355. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220308R1>.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of Being. Phenomenology, Psychiatry, and the Sense of Reality*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199206469.001.0001>
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of Depression. A Study in Phenomenology*. Oxford University Press.
- Ratcliffe, M. (2020). Existential feelings. En T. Szanto; H. Landweer, (eds.). *The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion* (pp. 250-261). Routledge.
- Ratcliffe, M. (2023). The underlying unity of hope and trust. *The Monist*, 106, 1–11. <https://doi.org/10.1093/monist/onac018>.
- Ratcliffe, M. (unpublished). Scaffolding regulation and the social world: A perspective on human emotional experience. Available at <https://www.academia.edu/92412177/>.
- Ratcliffe, M.; Broome, M. (2022). Beyond “salience” and “affordance”: Understanding anomalous experiences of significant possibilities (50–69). En S. Archer (ed.). *Salience*. Routledge.
- Ratcliffe, M.; Ruddell, M.; Smith, B. (2014). What is a “sense of foreshortened future?” A phenomenological study of trauma, trust, and time. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01026>.
- Reis, R. (2020). Fenomenologia hermenêutica e psicologia experimental do desenvolvimento. *Ekstasis. Revista de Hermenêutica e Fenomenologia*, 9(20), 149-194. <https://doi.org/10.12957/ek.2020.51551>.
- Rochat, P. (2011). What is it like to be a newborn? En S. Gallagher (ed.). *The Oxford Handbook of the Self* (pp. 57–79). Oxford University Press.
- Salter, E. K. (2020). The new futility? The rhetoric and role of “suffering” in pediatric decision-making. *Nursing Ethics*, 27(1), 16–27. <https://doi.org/10.1177/0969733019840745>.

- Svenaesus, F. (2014). The phenomenology of suffering in medicine and bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 35(6), 407–420. <https://doi.org/10.1007/s11017-014-9315-3>.
- Svenaesus, F. (2018). *Phenomenological Bioethics: Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive*. Routledge.
- Svenaesus, F. (2020). To die well: The phenomenology of suffering and end of life ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(3), 335–342. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09914-6>.
- Svenaesus F. (2022). Health and illness as enacted phenomena. *Topoi: An International Review of Philosophy*, 41(2), 373–382. <https://doi.org/10.1007/s11245-021-09747-0>
- Tate T. (2020a). Pediatric suffering and the burden of proof. *Pediatrics*, 146(1), S70–S74. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0818N>
- Tate T. (2020b). Philosophical investigations into the essence of pediatric suffering. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 41(4), 137–142. <https://doi.org/10.1007/s11017-020-09531-y>
- Tate, Tyler (2020c). What we talk about when we talk about pediatric suffering. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 41(4), 143–163. <https://doi.org/10.1007/s11017-020-09535-8>.
- Tate, T.; Pearlman, R. (2019). What we mean when we talk about suffering—and why Eric Cassell should not have the last word. *Perspectives in Biology and Medicine*, 62(1), 95–110. <https://doi.org/10.1353/pbm.2019.0005>.
- Tobin, B. (2021). Suffering and end-of-life decision-making. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(9), 1360–1361. <https://doi.org/10.1111/jpc.15437>
- van Hooft, S. (1998). Suffering and the goals of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1(2), 25–131. <https://doi.org/10.1023/A:1009923104175>.
- van Manen, M. (2019). *Phenomenology of the Newborn: Life from Womb to World*. Routledge.
- Vincini, S.; Gallagher, S. (2021). Developmental phenomenology: Examples from social cognition. *Continental Philosophy Review*, 54, 183–199. <https://doi.org/10.1007/s11007-020-09510-z>.
- Verhagen, E.; Sauer, P. J. (2005). The Groningen Protocol—Euthanasia in severely ill newborns. *The New England Journal of Medicine*, 352(10), 959–962. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058026>.
- Walsh, J. (2022). Into that darkness: A Heideggerian phenomenology of pain and suffering. *Journal of Phenomenological Psychology*, 53(1), 82–102. <https://doi.org/10.1163/15691624-20221399>
- Zayegh A. M. (2022). Addressing suffering in infants and young children using the concept of suffering pluralism. *Journal of Bioethical Inquiry*, 19(2), 203–212. <https://doi.org/10.1007/s11673-021-10161-9>.



ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Richir y el origen trascendental de la experiencia disociativa (*Spaltung*)\*

Bryan Francisco Zúñiga Iturra

Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: [bryan.zuniga@ug.uchile.cl](mailto:bryan.zuniga@ug.uchile.cl)

Recibido 14/11/2023

Aprobado: 05/04/2024

Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355492>

**Resumen:** La fenomenología describe las estructuras trascendentales de la experiencia humana. Momentos tales como la afectividad, la temporalidad, la corporalidad, la espacialidad y la intersubjetividad constituyen elementos clave al interior de esta aproximación. Situada en este contexto, la siguiente contribución tiene como objetivo elaborar una descripción acerca de la experiencia de la *disociación* (*Spaltung*). Para lograr este cometido nuestro artículo dispondrá de tres momentos. Primero, presentaremos una descripción fenomenológica acerca del *cuerpo propio* (*Leib*). Segundo, y situados al interior de la propuesta filosófica de Marc Richir, esbozaremos una *fenomenología genética* que deje de manifiesto la primera constitución del esquema corporal durante la infancia mediante la labor de la *Phantasia*. Para finalizar, presentaremos una fenomenología genética del *cuerpo propio* que arroje luces acerca del *origen trascendental* de la experiencia disociativa.

**Palabras clave:** fenomenología, cuerpo, fenomenología genética, Marc Richir, disociación, *Phantasia*

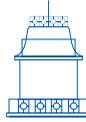
\* Este trabajo ha sido realizado bajo el financiamiento del proyecto Fondecyt Regular n°1220218 “Elementary Apperceptions: The Genesis of Consciousness in Marc Richir.”, a cargo del Profesor Mauro Senatore (Universidad Adolfo Ibáñez), en el cual el autor colabora en calidad de tesista.

## Cómo citar este artículo

Zúñiga, B. (2024). Apuntes acerca del origen trascendental de la experiencia disociativa (*Spaltung*). Un esbozo filosófico desde la fenomenología de Marc Richir. *Estudios de Filosofía*, pp, 180-200 <https://doi.org/10.17533/udea.ef.355492>

OPEN  ACCESS





ARTÍCULOS  
DE INVESTIGACIÓN

# Richir and the transcendental origin of the dissociative experience (*Spaltung*)

**Abstract:** Phenomenology describes the transcendental structures of human experience within its constant relationship with the world. Moments such as affectivity, temporality, corporeality, spatiality, and intersubjectivity thus constitute key elements within this approach. In this context, the following contribution aims to describe an experience of great importance in the works circumscribed in phenomenological psychopathology, namely, the experience of dissociation (*Spaltung*). To achieve this task, our article will have three moments. First, it will present a phenomenological description of the *lived body* (*Leib*). Second, considering Marc Richir's philosophy, it will outline a genetic phenomenology that reveals the first constitution of the *body schema* during childhood through *Phantasia's* labor. Finally, it will present a genetic phenomenology of the *lived body* that sheds light on the *transcendental origin* of the dissociative experience.

**Keywords:** Phenomenology, Embodiment, genetic Phenomenology, Marc Richir, Dissociation, *Phantasia*

**Bryan Francisco Zúñiga Iturra** es Licenciado y Magistrado en Filosofía por la Universidad de Chile. Actualmente es candidato a Doctor en Filosofía por la misma casa de estudios bajo el financiamiento de la beca ANID-Doctorado Nacional y el Proyecto Fondecyt Regular n°1220218 "Elementary Apperceptions: The Genesis of Consciousness in Marc Richir." Además, se desempeña como docente de la carrera de Psicología en la Universidad Gabriela Mistral (Chile). Sus áreas de interés filosófico se sitúan al interior de la tradición fenomenológica, y más precisamente se articulan en torno a los problemas de la afectividad, la corporalidad y la vulnerabilidad en el pensamiento de Henri Maldiney, Maurice Merleau-Ponty y Marc Richir.

**ORCID:** 0000-0001-6707-2170



## Introducción

La fenomenología es una filosofía cuyo objetivo fundamental consiste en describir el conjunto de *estructuras trascendentales*<sup>1</sup> que configuran la arquitectura de la experiencia humana en el contexto de su permanente relación con el mundo. Asuntos tales como la temporalidad, la afectividad, la corporalidad, la espacialidad y la intersubjetividad se posicionan, así, como asuntos clave al interior de esta corriente de pensamiento (Fuchs, 2007; Husserl, 2014b). ¿Qué ocurre con estas estructuras configuradoras de mundo en el contexto de vivencias tales como un trauma, una situación de abuso o tortura y un cuadro psicopatológico? Si la fenomenología emerge con la intención de describir las estructuras de la experiencia humana, dicha consideración filosófica revela su potencial descriptivo en su aproximación a aquellas vivencias que revelan una constitución *problemática e inhabitual*<sup>2</sup> de nuestra experiencia de mundo, tal como es el caso de la *disociación (Spaltung)*. ¿Por qué disponer de la fenomenología para pensar acontecimientos tales como la disociación provocada por un trauma de la infancia? Nos parece que pensar esta experiencia que caracteriza vivencias tales como la depresión mayor o la esquizofrenia desde el punto de vista *eidético*<sup>3</sup> propio de la fenomenología mienta un recurso metodológico

- 1 Desde tempranos textos tales como *Philosophie als strenge Wissenschaft* (2009) y las *Logische Untersuchungen* (2013), Edmund Husserl, fundador de la fenomenología, comprende su propuesta teórica como una filosofía *trascendental* que busca describir las *estructuras* que están a la base de la configuración de la arquitectura de la experiencia humana. Así, el autor, en claro distanciamiento con doctrinas tales como el naturalismo, que buscaba comprender la dinámica de la experiencia a la luz de la *causalidad biológica*, y el constructivismo, que intentaba interpretarla en el marco de las tramas de sentidos propias del *contexto histórico*, establece, desde un inicio, que la fenomenología busca poner en relieve elementos *trascendentales* que, no siendo ni biológicos ni históricos, están en el origen del modo a través del cual el mundo aparece ante la conciencia como un horizonte de sentido. De este modo, estructuras tales como las *leyes* del pensamiento matemático, la temporalidad y la afectividad se posicionarán como asuntos de interés a lo largo del desarrollo de esta filosofía.
- 2 Cuando hablamos de la constitución *problemática e inhabitual* de nuestra experiencia de mundo, hacemos referencia a una serie de vivencias, tales como la disociación, en las que, viéndose alterada cierta estructura trascendental de la experiencia humana (por esto *problemática*), acontece una *reconfiguración* en el modo a través del cual nos aparece regularmente el mundo (por esto *inhabitual*). Para profundizar en la comprensión acerca del concepto fenomenológico de hábito se pueden revisar obras tales como *Erfahrung und Urteil* (1999) de Husserl, *Phénoménologie de la perception* (1994) de Maurice Merleau-Ponty y *Philosophie de la volonté I* (2017) de Paul Ricoeur.
- 3 Como establece Husserl en *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie I* (1955), la fenomenología es un saber *eidético (eidos)* en la medida que mediante sus descripciones busca dejar de manifiesto la *esencia (eidos)* de las vivencias humanas (aquello que en el contexto de esta obra denomina *actos*) y sus correlatos. Así, por ejemplo, en el contexto de descripciones fenomenológicas de asuntos tales como la esquizofrenia, la depresión mayor o los trastornos alimenticios, se pretende poner en evidencia la *estructura esencial* de dichas experiencias, vale decir, aquellos elementos que integran su arquitectura trascendental. Para profundizar acerca de este punto, se recomienda leer el artículo: "Qu'est-ce que la maladie pour la phénoménologie? Essentialisation et normativité en Phénoménologie Psychopathologique" (2021) de Till Grohmann.

fundamental pues nos permite encontrar aquella *estructura mínima* que configura la *arquitectura* de esta experiencia.

Situada en este contexto de discusión, la siguiente contribución tiene como objetivo principal desarrollar una descripción acerca de una vivencia de gran presencia en las investigaciones circunscritas al interior de la *psicopatología* fenomenológica, a saber, la experiencia de la *disociación*.<sup>4</sup> Para lograr este cometido nuestra exploración dispondrá de tres grandes momentos. En primer lugar, elaboraremos una descripción fenomenológica acerca del *cuerpo propio* (*Leib*) a partir de un diálogo entre [Edmund Husserl \(2014a\)](#) y [Maurice Merleau-Ponty \(1945\)](#). En segundo lugar, y mediante una exégesis de las principales tesis filosóficas sostenidas por [Marc Richir \(2004\)](#), desarrollaremos una *fenomenología genética* acerca de la constitución del esquema corporal en la infancia. Para finalizar, y buscando reunir las dos primeras secciones de nuestro trabajo, presentaremos una *fenomenología genética del cuerpo propio* que arroje luces sobre el *origen trascendental*<sup>5</sup> de la experiencia disociativa. Se espera mostrar al final de este recorrido que la disociación, en lugar de constituir una vivencia que reduce su alcance a ser parte integrante de la sintomatología de psicopatologías como la depresión mayor o la esquizofrenia, mienta más bien una situación a la que todo ser humano está expuesto a la luz de las consecuencias que puede suscitar una disrupción en aquella estructura trascendental de la experiencia que está a la base de la constitución del *cuerpo propio*, a saber, aquello que

- 
- 4 A este respecto, trabajos tales como “El mal y las técnicas del envejecimiento: fenomenología del cuerpo torturado” ([Venebra 2019](#)) y “La violación originaria: fenomenología del cuerpo sexualmente abusado” ([Venebra 2021](#)) dan cuenta de que la experiencia de la disociación (*Spaltung*), en lugar de limitarse a ser un elemento integrante de la sintomatología característica de ciertas psicopatologías, y en consecuencia un patrimonio temático exclusivo de la *psicopatología fenomenológica*, da cuenta de una vivencia que se presenta igualmente en situaciones tales como el abuso, la tortura o el trauma.
- 5 Cuando empleamos la expresión *origen trascendental* en el contexto de una *fenomenología genética del cuerpo propio* (*Leib*), aquello a lo que se hace referencia es a una descripción filosófica que busca poner en evidencia cómo cierta disrupción en alguna de las estructuras trascendentales de la experiencia humana puede suscitar fenómenos tales como la *disociación*, es decir, la despersonalización en el modo a través del cual hacemos experiencia de nuestra propia corporalidad (*Leiblichkeit*). Esta precisión, como veremos posteriormente, nos permitirá distinguir entre dos modos de aproximación a la disociación que, si bien tienen ciertas similitudes, a saber, la fenomenología genética de Marc Richir y el psicoanálisis de Donald Winnicott, poseen una diferencia radical en el modo a través del cual se entiende el origen de la experiencia disociativa. Mientras Richir, en cierta relación de continuidad con los postulados husserlianos esbozados en *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität* (1973) establece que una disrupción al nivel de la *Phantasia* es aquella que está en el origen de la *disociación*, Winnicott establece que el origen de esta experiencia se encuentra en cierto momento de la infancia en el que nos relacionamos problemáticamente con nuestros cuidadores. Así, si la aproximación fenomenológica de Richir tematiza el origen trascendental de la *disociación*, la aproximación psicoanalítica de Winnicott describe el origen histórico de la misma, situando a éste en un trauma padecido durante la infancia. De este modo, mientras la propuesta winnicottiana tiene cierto sesgo determinista que nos conduciría a sostener que *toda disociación encuentra su origen en la infancia*, la propuesta richiriana establece que la disociación es un horizonte al que los seres humanos estamos expuestos en cualquier momento de nuestra vida producto de una siempre posible disrupción en el ámbito de la *Phantasia*. Para profundizar en la descripción husserliana acerca del fenómeno de la infancia se recomienda leer el siguiente artículo: “Génesis trascendental de la subjetividad: el desarrollo infantil en perspectiva husserliana” ([Osswald 2014](#)).

Richir denomina *Phantasia perceptiva* a la luz de su interpretación de *Phantasie, Bildbewusstsein, Erinnerung* (1980) de Husserl.

## 1. Fenomenología de la corporalidad: tacto y orientación en el mundo

Uno de los tópicos centrales de los análisis fenomenológicos es la corporalidad. Obras como *Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution* (2012)<sup>6</sup> de Edmund Husserl y *Phénoménologie de la perception* (1945/1994) de Maurice Merleau-Ponty documentan la relevancia de este asunto en el marco de la descripción de las estructuras trascendentales que configuran nuestra experiencia de mundo. ¿De qué hablamos cuando hablamos fenomenológicamente de cuerpo?

Como nos enseña el prólogo de *Phénoménologie de la perception*, describir el cuerpo desde un punto de vista fenomenológico supone hacer referencia a aquel órgano de la experiencia que nos permite entrar en relación con el mundo y los demás sujetos que vienen a nuestro encuentro en él. El cuerpo, en un sentido fenomenológico, es decir, en su calidad de *cuerpo propio*<sup>7</sup>, en lugar de dar cuenta de una estructura anatómica que puede ser comprendida en el vocabulario sugerido por saberes como la neurología, o bien de un *cuerpo objeto* (*Körper*) que ocupa un lugar en el espacio físico, constituye más bien el fundamento de aquella *capacidad práctica* que nos permite realizar actividades tan cotidianas como salir de nuestra casa en las mañanas (Husserl, 1993; 2014a; Merleau-Ponty, 1994, p. 120).

Complementando esta descripción a la luz de los postulados presentados por Husserl en el segundo volumen de *Ideas* (2014a), afirmamos que el cuerpo, desde una perspectiva fenomenológica posee, al menos, las siguientes tres características. En primer orden, es el *punto cero* de nuestra experiencia, es decir, aquel centro de orientación a través del cual nos posicionamos en el espacio mundano afirmando, por ejemplo, que tal o cual objeto se encuentra a una determinada distancia. En segundo orden, el cuerpo es, como ya señalamos con Merleau-Ponty, aquel órgano de voluntad del que podemos disponer libremente y mediante el cual podemos

6 Siguiendo la sugerencia de uno de los revisores, las obras de Husserl se mencionarán en el cuerpo del texto con su título original en alemán. Sin embargo, y con un afán pedagógico, se dispondrá de las traducciones existentes en español al momento de citarlas directamente.

7 Cuando traducimos la expresión husserliana *Leib* como *cuerpo propio*, y no como *cuerpo vivo*, seguimos acá la propuesta sugerida por Maurice Merleau-Ponty en *Phénoménologie de la perception* (1994), obra en la cual el autor emplea el concepto de *corps propre*. Ahora bien, sabiendo que los conceptos de *cuerpo vivo* y *cuerpo propio* están lejos de ser nociones intercambiables en el contexto husserliano, nos limitaremos a utilizar la segunda expresión en la medida que ella da cuenta de aquel aspecto de la corporalidad que se ve alterado ante una disrupción en el ámbito de la *Phantasia* que provoca la disociación, a saber, aquella dimensión *individualizante* que nos permite captar como *propias* todas nuestras vivencias. Para profundizar en la distinción entre *cuerpo vivo* y *cuerpo propio* esbozada por Husserl en *Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, se recomienda leer el artículo "Husserl: Cuerpo propio y alienación" (Venebra 2018).

realizar distintos movimientos tales como caminar, correr o simplemente estar sentados por un periodo de tiempo. En tercer orden, el *cuerpo propio* mienta el soporte fenomenológico del variopinto campo de nuestra vida afectiva, vale decir, es el fundamento fenomenológico de aquella *capacidad de afectación* en virtud de la que nos vinculamos con las cosas en la medida en que estas nos invitan a relacionarnos con ellas en una determinada orientación. Así, por ejemplo, podemos sostener que a la base de nuestra experiencia del *paisaje* se encuentran una serie de sensaciones, relieves y texturas afectivas que nos mueven a explorar corporalmente dicho horizonte de una forma particular. El siguiente fragmento del segundo volumen de *Ideas* condensa en gran medida la comprensión husserliana de la corporalidad:

El cuerpo es órgano de voluntad, el único objeto que para la voluntad de mi yo puro es movable de manera inmediatamente espontánea y medio para producir un movimiento espontáneo mediato de otras cosas, las que, por ejemplo, mi mano movida de modo inmediatamente espontáneo empuja, agarra, levanta y similares (Husserl, 2014a, p.191).

De esta manera, hablar de corporalidad bajo una mirada fenomenológica supone hacer referencia a aquella dimensión de nuestra experiencia por mor de la que el mundo nos aparece, como afirma Husserl (1940/2006), como el *suelo* (*Boden*) permanente de todas nuestras vivencias. En palabras del autor, “la tierra es el suelo de la experiencia de cuerpos, suelo del reposo y referente de los movimientos” (2006, p. 13). Nuestro más cotidiano contacto con el mundo supone aquella dimensión *terrestre* en virtud de la cual confiamos en que el mundo seguirá ahí durante todos los días de nuestra vida. ¿Cómo se constituye esta confianza en el mundo a la que remite la descripción fenomenológica del cuerpo? ¿Acaso la alteración de este principio fenomenológico puede aportarnos recursos para describir fenómenos tales como la disociación?

## 2. Hacia una fenomenología genética del esquema corporal

Tal como adelantamos en nuestra introducción, el estudio fenomenológico acerca de la experiencia disociativa suele realizarse al alero de la *psicopatología fenomenológica*<sup>8</sup>, vale decir, aquella subdisciplina fenomenológica que busca describir *eidéticamente*

8 Como sostuvimos en la nota 3, la fenomenología es una filosofía que busca describir la *estructura esencial* (*εἰδός*) de nuestras vivencias y sus correlatos. En este contexto, la *psicopatología fenomenológica* es una subdisciplina fenomenológica que busca describir la *estructura esencial* de experiencias habitualmente comprendidas mediante los conceptos clínicos propuestos por saberes tales como la psiquiatría y la psicología, tal es el caso de fenómenos tales como la *depresión mayor*, la *esquizofrenia* y los *trastornos de personalidad*. Para profundizar acerca de este asunto se recomienda la lectura de los siguientes textos: *Experiences of Depression: A Study In Phenomenology* (Ratcliffe, 2015); *Expérience de la rencontre schizophrénique: De la bizarrerie de contact* (Gozé, 2020), y *Depression, Emotion and the Self: Philosophical and Interdisciplinary Perspectives* (2014), editado por M. Ratcliffe y Achim Stephan.

la arquitectura de psicopatologías tales como la *depresión mayor* o la *esquizofrenia*. En este marco de discusión, gran parte de la producción intelectual acerca de la disociación ha sido elaborada bajo una comprensión de ésta como un elemento constituyente de la sintomatología característica de la esquizofrenia. A este respecto, es importante señalar que, si bien la disociación mienta un elemento constitutivo de la experiencia de la esquizofrenia, la amplitud de esta categoría se extiende más allá del campo de las vivencias que pueden ser nombradas mediante conceptos clínicos. Así, por ejemplo, vivencias tales como un trauma, una situación de abuso o la tortura son igualmente informativas acerca de la estructura trascendental de la disociación (Venebra, 2019; 2021).

A continuación, y sabiendo ya que la disociación no es una experiencia que se presente únicamente ante el padecimiento de una psicopatología, pasaremos revista a algunas de las principales descripciones que se han hecho acerca de este fenómeno a la luz del intento por abordar, desde un punto de vista fenomenológico, una de las experiencias donde el fenómeno disociativo se muestra con mayor claridad, esta es, la esquizofrenia. Como señalan Tudi Gozé e István Fazakas (2020a), las descripciones fenomenológicas acerca de la disociación experimentada por pacientes que padecen esquizofrenia suelen dividirse en tres perspectivas.

La primera de estas vías de análisis, seguida por autores como Dan Zahavi, Shaun Gallagher y Josef Parnas, insiste en que la esquizofrenia es un trastorno mental en el que se produce una disrupción del *sentido mínimo de sí* (*minimal Self*), esto es, en aquella evidencia tácita en virtud de la que nos sabemos como sujetos que experimentan como *suyas* todas sus vivencias (Gallagher & Zahavi, 2007; Parnas & Sass, 2003). De acuerdo con esto la disociación sería un elemento característico de la esquizofrenia en la medida que ella involucra una separación y un distanciamiento entre el yo y sus propias experiencias. De esta forma, a partir del momento en que surge este padecimiento dichas experiencias empiezan a ser vividas como si fuesen las experiencias de otras personas. En *The phenomenological mind*, Gallagher y Zahavi sostienen que “el esquizofrénico que sufre estos delirios afirmará que su cuerpo se está moviendo, pero que otra persona causa el movimiento, o que hay pensamientos en su mente, pero que otra persona los está poniendo allí” (2012, p. 241).

La segunda propuesta, compartida por filósofos de la psicopatología tales como Thomas Fuchs, Giovanni Stanghellini y Jérôme Englebert, afirma que en la esquizofrenia aquello que resulta alterado es la constitución de la corporalidad (*embodiment*) entendida bajo la acepción fenomenológica antes mencionada (Fuchs y Röhrich, 2017; Stanghellini, 2009; Englebert, 2021). Bajo este prisma, la esquizofrenia es un trastorno de la *descorporización* (*disembodiment*) del yo y por tanto involucra una disrupción en aquello que Englebert llama la relación *territorial* y *ecológica* con el mundo. Este hecho suscita, a su vez, en quien la padece, que desarrolle una lógica de la *hiperreflexividad* que busca compensar mediante la vía del yo reflexivo aquello que

es propio del yo encarnado. A este respecto, Englebert afirma que “el punto común a todas las formas de psicosis [...] es presentar un problema con el sí-mismo (*Self*) territorial. Es decir que el sujeto psicótico tendría un problema con la experiencia ética, relacional y ecológica del sí-mismo (*Self*)” (2021, p. 62)<sup>9</sup>.

Finalmente, la tercera óptica de trabajo, promovida recientemente por Josef Parnas y Andreas Rasmussen sostiene que aquello que resulta alterado en la esquizofrenia son las facultades de la *imaginación* y la *Phantasia*, es decir, aquellas que están a la base de la constitución del *sentido de realidad e irrealidad* (2018). En relación con esta idea, Parnas y Rasmussen describen la experiencia de un paciente con esquizofrenia del siguiente modo: “El paciente tiene momentos breves o períodos más largos con dificultades en la conciencia inmediata de la modalidad vivencial de la experiencia imaginaria (es decir, la experimentan como una fantasía). Esto incluye cuando el paciente no está seguro de si su experiencia es una fantasía, un recuerdo o una percepción” (2018, p. 15). ¿Son compatibles estos tres modelos descriptivos acerca de la disociación característica de la esquizofrenia? ¿De qué manera resulta posible dicha sistematización?

Nuevamente siguiendo a Gozé y Fazakas (2020a), afirmamos que dicha empresa filosófica solo puede ser realizada mediante la puesta en práctica de una descripción que con Alexander Schnell podemos calificar de *genético-constructiva*<sup>10</sup> (2007), vale decir, una que centra sus esfuerzos en esclarecer la *génesis trascendental* de la disociación al interior de la historia vital del individuo que la padece. A través de esta metodología lo que se busca es *reconstruir* aquel *momento arquitectónicamente originario* en el cual se encontraría la *génesis* de la disociación característica de esta psicopatología ¿Cómo se lleva a puerto esta propuesta teórica? ¿Existe algún antecedente fenomenológico de esta vía descriptiva? Una posible respuesta a esta inquietud la hallamos en la obra *Phantasia, imagination, affectivité* (2004) de Marc Richir. En esta obra filosófica nos encontramos con la puesta en marcha de una *fenomenología genético-constructiva* que nos permite entender de forma coherente el *origen fenomenológico* de la disociación característica, aunque no exclusiva, de la experiencia de la esquizofrenia.

Como nos sugiere el autor, la clave filosófica para pensar el fenómeno de la disociación se encuentra en la descripción fenomenológica de la *Phantasia*. Dicho de otra manera, afirmamos con el filósofo belga que la disociación es, en último término, una alteración que se produce en el registro fenomenológico de la *Phantasia*, la cual, a su vez, y como veremos más adelante, está estrechamente ligada con la constitución del *cuero propio* en cuanto momento integrante de la arquitectura de

9 En todos los casos en que no se cite la traducción española de las obras mencionadas, la traducción será de nuestra autoría.

10 Como sostuvimos en la nota 5, cuando hablamos de *origen* en el marco de una descripción fenomenológica de carácter *genético-constructiva* a lo que hacemos referencia es a una aproximación que busca tematizar la constitución de la arquitectura trascendental de la experiencia humana. En suma, hacer fenomenología genética no es poner en marcha un ejercicio *genealógico*.

la experiencia humana. ¿En qué medida la constitución de nuestra corporalidad es tributaria de la *Phantasia*?

### 3. *Phantasia* perceptiva e imaginación

Con la publicación del volumen XXIII de las obras completas de Edmund Husserl, titulado *Phantasie, Bildbewusstsein, Erinnerung* (1980), se produce un gran hito al interior de la tradición fenomenológica. En este marco, uno de los fenomenólogos que mayor atención prestó a esta obra es Marc Richir, filósofo, que como sostiene Pablo Posada-Varela, elabora un proyecto fenomenológico en el que el lugar de un tipo específico de *Phantasia*, a saber, la *Phantasia perceptiva*, resulta central (2016). ¿Qué es la *Phantasia perceptiva*? A este respecto, Richir afirma lo siguiente:

Para introducir a la phantasia “perceptiva”, Husserl toma el ejemplo de lo que ocurre en el teatro. Ricardo III o Wallenstein “están” en escena, aunque no estén percibidos (*wahrgenommen*) “en carne y hueso” —percibidos lo están el actor y la escena con sus decorados, lo está el teatro entero [...] Si es actor es bueno, si interpreta bien su papel, el personaje que encarna estará precisamente vivo, la magia e ilusión del teatro consistiendo precisamente en desplegar ante nuestros ojos una intriga entre personajes vivos, dentro de un marco (los decorados del teatro) que no acaba siendo mero ensamblaje de cosas o una suerte de “imagen” de tal ensamblaje, sino que directamente parece algo cuasi-real y que formara parte del todo de la trama. Sólo —cabe añadir— cuando es malo el actor, sea porque ejecuta su papel de forma amanerada y mecánica, sea por narcisismo, por proyectar sobre su personaje la estructura de su fantasma (en el sentido del psicoanálisis), sólo entonces, en efecto, no le queda más remedio, al espectador, que imaginarse al personaje (figurárselo en imaginación tal y como debiera ser) (Richir, 2011, pp. 430-431).

Para sistematizar esta descripción debemos realizar tres afirmaciones. En primer lugar, todo género de *Phantasia*, a diferencia de vivencias tales como la *percepción*<sup>11</sup>

11 Como documenta la lectura richiriana acerca de *Phantasie, Bildbewusstsein, Erinnerung* (1980) de Husserl presentada en su obra *Phantasia, imagination, affectivité* (Richir 2004), cuando se habla de *Phantasia perceptiva* se hace referencia a un tipo específico de percepción. En efecto, y tal como lo señalan distintos comentaristas (Posada-Varela 2016; Fazakas 2019), una distinción fundamental a la hora de comprender la doctrina richiriana de la *Phantasia* es aquella existente en el alemán entre dos términos a través de los cuales se puede nombrar la *experiencia perceptiva*, a saber, *Wahrnehmung* y *Perzeption*. Mientras la primera expresión hace referencia la percepción de *objetos del mundo*, es decir, fenómenos que reportan el carácter posicional de lo *real*; por su parte, la segunda da cuenta de la percepción de fenómenos que, además de no presentarse en el mundo, son neutros desde el punto de vista posicional, vale decir, carecen del carácter de lo *real* o lo *irreal*. Mientras la percepción en carne y hueso de un objeto como un libro es un ejemplo del primer tipo de percepción (*Wahrnehmung*), la captación de los personajes interpretados por los actores de una obra de teatro daría cuenta de la segunda (*Perzeption*). De esta manera, cuando Richir habla

(*Wahrnehmung*), constituye una experiencia en la que no está en juego una relación directa, esto es, en carne y hueso, con *objetos del mundo*. Por ejemplo, cuando decimos que percibimos la portada de un libro. En la *Phantasia* experimentamos una vivencia de distintos *phantasmas*, es decir, *imágenes* que no remiten a objetos *reales* del mundo y aparecen desbordando aquella capacidad de síntesis que nos permite captar los diversos aspectos a través de los cuales aparecen los objetos (Richir, 2004, pp. 337-339). En otros términos, el *phantasma* siempre aparece bajo la dinámica de cierto exceso que impide toda captación completa por parte de quien lo experimenta. Este es el caso, por ejemplo, de aquello que con Richir podemos denominar la experiencia *phantastica* a través de la cual captamos a los personajes que dan vida a una obra de teatro.

En segundo lugar, la *Phantasia* se distingue de la imaginación por el siguiente motivo. Mientras la imaginación se compone de un *objeto-imagen* (*Bildobjekt*), por ejemplo, una fotografía que remite a un *sujeto-imagen* (*Bildsujet*), en este caso la persona *real* que aparece en la fotografía; la *Phantasia*, por su parte, mienta una experiencia de imagen en la que esta no es tributaria del mundo *real* de la percepción, sino más bien posee un ámbito de experiencia propio en el que se evidencia cierto tipo de *realidad* que opera bajo un régimen distinto al de la imaginación (Husserl, 2002, p. 486 y ss.; Richir, 2004, p. 501 y ss.).

Finalmente, cuando Richir habla de *Phantasia perceptiva* —aquella a partir de la cual elaborará su filosofía— lo que está haciendo, en último término, es delimitar este género de experiencia, ya descrito previamente por Husserl, en el que la *Phantasia* tiene un valor en sí misma, es decir, en el que ella es la protagonista de nuestra vivencia y no el mero soporte material de vivencias tales como el recuerdo que requieren de su labor *presentificadora*. Una de las características principales de la *Phantasia perceptiva* es que en ella experimentamos afectivamente en el presente una *imagen infigurable*, o sea una que no es una *representación de objeto*, tal y como es el caso de los retratos que remiten vicariamente a aquel individuo *real* representado por dicha imagen. Haciendo referencia nuevamente a la experiencia del teatro, podemos sostener que en ella los actores nos permiten *percibir a distancia* personajes a los que no podemos acceder directamente mediante la vía de la percepción, es decir, en carne y hueso (Husserl, 2002, p. 49 y ss.; Richir, 2004, pp. 335-336).

Precisado ya, o al menos parcialmente, aquello en lo que consiste la *Phantasia perceptiva*, a la luz de su diferencia con la percepción y la imaginación, es importante describir el rol que desempeña este registro de nuestra experiencia en la constitución del *cuerpo propio*.

---

de *Phantasia perceptiva* hace referencia a una experiencia en la que captamos mediante la *Phantasia* una imagen que, entre otras características, no es la representación de un objeto del mundo al cual podamos acceder mediante la percepción (*Wahrnehmung*). Para profundizar en este asunto se recomienda leer dos textos de Richir: "Phantasia, imaginación, imagen" (2012b) y el primer capítulo de *Phantasia, imagination, affectivité* (2004), titulado "Las structures complexes de l'imagination selon et au-delà d'Husserl".

## 4. El rol de la *Phantasia* y el encuentro con los otros en la constitución del esquema corporal

En el manuscrito titulado “El niño, su primera empatía”, escrito en 1935, incluido dentro del tercer volumen de *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität* (1973b), Husserl describe con un *afán metodológico*<sup>12</sup> la primera experiencia del cuerpo, esta es, aquella que hacemos en la primera infancia, de la siguiente manera:

El yo antes de este despertar, el proto-yo que aún no está vivo, sin embargo, ya tiene un mundo a su manera, en la forma preliminar [Vor-Weise], su mundo inactivo “en” el cual no vive, para el cual aún no está despierto. Este se ve afectado, recibe la hylé como el primer contenido (*filling*), como la primera participación en el mundo de los despiertos, los sujetos-yo vivientes, que están ya en una conexión viviente entre sí y con quienes entra así en una primera conexión naciente<sup>13</sup> (Husserl, 2020, p. 604).

En el contexto de los primeros meses de vida nos encontramos en una situación existencial en la que el *cuerpo propio*, una de las estructuras fundamentales de nuestra experiencia de mundo, no está *aún* constituido. Antes bien, nos encontramos en este marco con un escenario en el que hay un *proto-yo* todavía indiferenciado del cuerpo de su progenitora, es decir, de su madre, y que por tanto aún no tiene con propiedad experiencia de mundo. ¿Cómo se produce la *génesis* de aquel *cuerpo propio* que nos permite entrar en contacto con el mundo y los demás individuos? Una de las posibles respuestas a esta inquietud la hallamos en la vía genético-constructiva ensayada por Richir en *Phantasia, imagination, affectivité* (2004) a partir de su diálogo con el psicoanálisis de Donald Winnicott (1975).

En este marco de discusión, Richir afirma que la constitución genética del *cuerpo propio*, y en el mismo ejercicio de todo sentido del *yo*, se produce mediante la puesta en marcha de la *Phantasia perceptiva*, y más precisamente en el encuentro entre

---

12 Nuevamente, y tal como sostuvimos en las notas 5 y 8, es importante enfatizar que las descripciones fenomenológico-genéticas dan cuenta del modo a través del cual se articula la arquitectura trascendental de la experiencia humana y, en consecuencia, no hacen referencia a momentos *reales* de la vida. De esta manera, y como veremos posteriormente, cuando Husserl habla del *proto-yo* (*Vor-ich*) de la infancia, la invitación no es a pensar un *momento originario real* a partir del cual *comenzaríamos a tener cuerpo propio*, sino más bien a comprender cómo la constitución misma de nuestra corporalidad supone *ya* la labor de la *intersubjetividad*. De este modo, declarar que la intersubjetividad desempeña una función estructurante en la constitución del *cuerpo propio* es sostener que, durante toda la vida, y no solo en la primera infancia, el encuentro con los otros es un momento fundamental en la articulación de aquello que Husserl denomina en el párrafo 44 de *Meditaciones cartesianas* la *esfera* de lo propio, es decir, en la individuación de nuestras vivencias (1996, p. 153).

13 Traducción realizada al español sobre la base del fragmento citado en inglés por Tudi Gozé e István Fazakas en su artículo “The Promise of the World: Towards a Transcendental History of Trust” (2020b).

el *proto-yo* infantil y su madre<sup>14</sup> por medio de este registro de la experiencia. Solo por mor del encuentro con la alteridad maternal a través de la *Phantasia* acontece aquella *delimitación* que está en el origen de la constitución del *cuerpo propio* como una realidad independiente (Richir, 2012a, p. 352). ¿Cuáles son las características de este encuentro originario con la alteridad que posibilita todos los demás?

## 5. Fenomenología del cuidado y la primera infancia

Como afirma Richir en su artículo “*Leiblichkeit y Phantasia*” (2012a), hablar de *Phantasia* no es solamente, como hemos descrito hasta aquí, dar cuenta de una experiencia de imagen que nos permite entrar en vinculación con un registro de nuestras vivencias paralelo al ámbito de la percepción (*Wahrnehmung*) de objetos reales sino que, además, es hacer referencia a una experiencia perceptiva (*Perzeption*) en la que está en juego el aparecer de nuestra propia corporalidad (*Leiblichkeit*) a la luz de su matriz afectiva y su carácter espacializante (2012a, p. 352)<sup>15</sup>. La relación con nuestro *cuerpo propio*, una vez que éste ya está constituido, está mediada por la labor de la *Phantasia*, pues es a través de ella que se produce aquel encuentro con los cuidadores que está a la base de la constitución del *cuerpo propio*. ¿Cómo acontece dicho encuentro?

A este respecto el autor sostiene que la constitución del cuerpo propio se produce a partir de aquella *institución intersubjetiva*, aquello que denomina *Stiftung interfaccional*, en virtud de la que se establece aquella *distancia originaria* con los otros cuerpos producto de la que cobra sentido hablar de *mi cuerpo*, es decir, de mi cuerpo propio. Podemos afirmar que aquel primer encuentro intersubjetivo opera

14 De aquí en adelante, y producto de las complejidades que puede provocar una asociación inmediata entre los conceptos de *madre* y *cuidador*, emplearemos la segunda expresión de modo tal que no se invite al lector a asumir que *solo la madre* desempeña un rol fundamental en la constitución del *cuerpo propio*. De esta manera, cada vez que se parafraseen o expliquen las propuestas de Richir y Winnicott utilizaremos el concepto de *cuidador*. Cada vez que se cite literalmente a los autores mantendremos la noción de *madre*.

15 En este punto se anuncia una de las principales apuestas teóricas de Richir. En efecto, cuando el autor sostiene que la *Phantasia* tiene un carácter *afectivo y espacializante* está afirmando en último término que el modo mismo a través del cual hacemos experiencia del *cuerpo propio* está mediado por la labor de la *Phantasia*. Por este motivo el filósofo belga propondrá, como veremos, la expresión *Phantasieleib* para distinguir aquella experiencia del *cuerpo propio* en la que este se individualiza mediante la *Phantasia* de aquella experiencia en la que, en lugar de haber un *cuerpo propio*, hay un *cuerpo fantasmático* (*Phantomleib*), despersonalizado y disociado que carece de toda individualidad. Explicando una vez más la propuesta richiriana, es importante señalar que cuando el filósofo habla del carácter *afectivo y espacializante* de la *Phantasia* está indicando que solo a través de la *percepción a distancia* (*Perzeption*) —y nunca directa— de las vivencias de los otros que permite la *Phantasia* resulta posible vivir como *propias* nuestras experiencias. Yendo más allá de lo planteado por Husserl en *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität* (1973), Richir sostiene que, si bien la constitución del *cuerpo propio* solo es posible mediante cierta dimensión intersubjetiva de la experiencia descrita previamente por Husserl (ver nota 10), dicho encuentro con los otros tiene lugar en el ámbito de la *Phantasia*.

bajo la dinámica de aquello que con Donald Winnicott podemos calificar, por una parte, como el *sostén* y el *cuidado* y, por otra parte, como la *función de espejo*<sup>16</sup> que desempeña la familia en nuestra primera infancia (Winnicott, 1975; Gozé y Fazakas, 2020b, p. 183; Murakami, 2012, p. 237).

Solo mediante la percepción (*Perzeption*) del cuidador o la cuidadora por medio de la *Phantasia* el infante aprende que, así como aquel o aquella dispone de un *aquí absoluto*, es decir, de un *cuero propio* que guarda con respecto a él una relación de absoluta exterioridad, del mismo modo él dispone de un *cuero propio* que le permite realizar distintas actividades en el contexto de su relación con el mundo. “Solo en relación [con] este aquí absoluto podrá situarse algún otro precisamente como un otro aquí absoluto” (Richir 2012a, p. 353). Así, solo por medio de este encuentro con los cuidadores que acontece en el ámbito de la *Phantasia* se produce la *individuación del cuero propio*, vale decir, aquello que en el vocabulario husserliano podemos denominar la constitución de la *esfera de propiedad*<sup>17</sup>. ¿Qué condiciones debe cumplir el primer encuentro con los cuidadores para que se produzca efectivamente la constitución del *cuero propio*?

Como nos enseña Donald Winnicott en su texto “La distorsión del yo en términos de *Self* verdadero y *Self* falso” (1981), para que la constitución de aquel yo que experimenta como suyo el *cuero propio* sea posible es necesario que el encuentro con los cuidadores bajo el registro de la *Phantasia perceptiva* vaya acompañado de aquella dinámica del *sostén* que ya anunciamos previamente. En otros términos, para que el *proto-yo* infantil descubra que dispone de un *cuero propio* es menester que su cuidador le permita afirmarse en su singularidad, es decir, es necesario que lo reconozca como un sujeto distinto que tiene necesidades diferentes a ella. En palabras del psicoanalista:

La madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante, y en alguna medida también le da sentido. Lo hace repetidamente. Empieza a tener vida el *self verdadero*, gracias a la fuerza que le cede al yo débil del infante la instrumentalización por la madre de las expresiones omnipotentes de este último. (Winnicott, 1981, p.189)

16 A este respecto es importante señalar que, si bien es posible encontrar en Jacques Lacan (1978) un antecedente importante de la propuesta winnicottiana acerca del rol que desempeña el *espejo* en la constitución del esquema corporal, ambas teorías se diferencian producto del énfasis que el psicoanalista inglés pone en la, a su juicio, función insustituible que juega la madre en dicho proceso genético (Winnicott 1975). En otras palabras, aunque para ambos autores el *espejo* es central para el surgimiento del yo, en el caso de Winnicott dicha función *especular* está reservada, al menos en un primer momento, a la madre del infante.

17 Como sostiene Husserl en *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge* (1973a), una de las características de nuestra experiencia de mundo consiste en que esta siempre se presenta bajo cierto aspecto inaccesible para los demás sujetos. De esta manera, hablar de *esfera primordial* es dar cuenta de aquel carácter de nuestras vivencias y sus correlatos en virtud del que estas y estos nos aparecen como una trama de sentido que se presenta siempre bajo una *perspectiva singular*. Esta distancia irreducible entre mis vivencias y las de los otros resulta, sin lugar a duda, un elemento clave para entender aquella dimensión *individual del cuero propio* que se ve alterada, al menos parcialmente, en el marco de la experiencia de la disociación.

A este respecto es importante señalar que el tipo de imagen que está en juego en la función de espejo que desempeña el cuidador no encuentra sino su origen en el registro de la *Phantasia*, y más precisamente en aquella mimesis *no especular, activa y desde dentro* mediante la que ella *afirma y sostiene* al yo del infante *reconociéndolo* como otro sujeto y no como un mero objeto al que podría acceder a través de la percepción o la imaginación (Richir, 2004, p. 30). Solo mediante la función de *espejo en la Phantasia* que desempeñan los cuidadores se produce la integración del esquema corporal.

¿Qué ocurre en aquellas situaciones vitales en la que no se produce el encuentro con la familia bajo la dinámica descrita tanto por Richir como por Winnicott? En relación con este punto, el psicoanalista inglés sostiene la siguiente hipótesis: “el desarrollo emocional precoz del niño [...] es vitalmente importante: en verdad que aquí están las claves de la psicopatología de la psicosis” (Winnicott 1981, p. 204).

De acuerdo con este principio, y siguiendo la hipótesis propuesta por Winnicott, afirmamos que aquella despersonalización y expropiación de sí característica de la disociación vivida por quien padece esquizofrenia tiene su *génesis* en la constitución de una estructura trascendental de nuestra experiencia que comienza a articularse durante la primera infancia mediante la labor de la *Phantasia*, a saber, la corporalidad (*Leiblichkeit*). ¿Es que acaso la experiencia disociativa limita su origen a aquellos traumas desestructurantes padecidos en la infancia tal y como afirma el psicoanalista inglés? ¿Qué ocurre con aquella serie de vivencias en las que se experimenta la disociación sin que necesariamente hallemos su génesis en algo ocurrido durante los primeros años de vida?

## 6. La experiencia disociativa en perspectiva genética

En uno de los acápite precedentes sostuvimos que el *cuero propio* mienta el soporte de aquella relación con el mundo por medio de la que entramos en contacto con las cosas. A esta idea agregamos que, a la luz de este vínculo sensible, el espacio mundano se posiciona como el *suelo (Boden)* continuo que subyace a todas nuestras vivencias. ¿Qué es lo que ocurre con esta descripción del vínculo corporal con el mundo en el contexto de la experiencia de la disociación que se presenta en vivencias como la esquizofrenia? ¿Qué elementos puede aportarnos la fenomenología genética richiriana a este respecto?

Desde la perspectiva genética desarrollada por el autor es posible advertir cierta proximidad entre el proceso mediante el que se constituye lo que denomina *cuero fantasmático (Phantomleib)*, aquel característico de experiencias disociativas como la esquizofrenia, y el ya descrito *cuero propio* que se articula como tal mediante la labor de la *Phantasia perceptiva*. Este motivo conduce al filósofo a describir el *cuero*

*propio* (*Leib*) mediante la noción de *Phantasieleib*<sup>18</sup>, esto es, como un cuerpo que solo se individualiza a través del antes mencionado carácter *afectivo, especializado e interfaccional* de la *Phantasia perceptiva*. Por esta razón es al interior del ámbito de la *Phantasia perceptiva* que deberán ser encontradas todas aquellas disrupciones que están en el origen trascendental, es decir, estructural, de la experiencia disociativa. En palabras del autor:

Esta situación puede alcanzar el extremo de la psicosis, en particular esquizofrénica. Tendencialmente, ya no subsiste del *Leikörper* más que un *Körper* inhabitado pero transido de dolores (indiscernibles de los dolores físicos), y del complejo *Leib/Phantasieleib* apenas si persiste un *Phantomleib*, tan ilocalizado e ilocalizable, como la ipseidad que, por veces, aún palpita en él, pero que en realidad ha dejado ya de ser la mía propia (Richir, 2015, p. 361).

Volviendo a la tematización de la disociación característica de la experiencia de la esquizofrenia, en su artículo “Vulnérabilité territoriale et schizophrénie” (2021), Jérôme Englebert observa que la esquizofrenia es una vivencia límite en la que se produce un *desarraigo (démarriage)* del mundo, es decir, una pérdida de aquel *anclaje (ancrage)* tácito al sentido común que caracteriza nuestra experiencia cotidiana (p.62). A la luz de lo propuesto por Englebert es posible afirmar que una de las características fundamentales de la esquizofrenia consiste en el hecho que en ella el *cuerpo propio* extravía, al menos en cierto grado, aquella dimensión del contacto que le permite entrar en resonancia con el mundo y los demás sujetos. Extraviando el suelo de la experiencia, perdemos también la posibilidad de hacer encuentro con los otros y, de este modo, sabernos a nosotros mismos como un *yo singular* que puede orientarse y moverse al interior del espacio mundano. ¿Dónde encuentra su origen esta paradójica configuración de la arquitectura de la experiencia humana en la que lo que parece estar ausente, al menos parcialmente, es la capacidad para vincularse corporalmente con el mundo? Consideramos que la respuesta a este interrogante la encontramos en la constitución trascendental del *cuerpo propio* mediante la *Phantasia*. En otras palabras, en aquello que con Richir denominaremos *Phantasieleib*.

## 7. La Disociación (*Spaltung*) del cuerpo propio (*Leib*) en la experiencia traumática

El encuentro con el cuerpo de la madre es, como señala Richir leyendo a Winnicott, la primera experiencia de la alteridad y simultáneamente aquella condición que permite la génesis del *cuerpo propio*. Ahora bien, cuando dicho acontecimiento inaugural toma la forma de un *desencuentro*, es decir, de una vivencia violenta en la que lo

18 Ver nota 12.

que vemos en la mirada del otro —en este caso de la madre— es su propio rostro y no un *espejo* en el que podamos reconocernos como un cuerpo singular, dicha constitución de la propia corporalidad toma la forma de un evento traumático en la que, en lugar de producirse una *individualización* de nuestras vivencias, acontece una *atmosferización* de las mismas ante la ausencia de aquella alteridad que permite delimitar aquello que con Husserl podemos llamar la *esfera primordial* (2006a). Ante la ausencia de un auténtico encuentro con la alteridad de quienes nos brindan cuidado durante la infancia, en vez de tener lugar la integración de un cuerpo que funda la posibilidad de hablar de lo *propio*, se produce una dispersión de nuestras vivencias que suscita una distancia tal con ellas que nos impide precisamente aprehenderlas como *nuestras* experiencias.

Retomando nuevamente algunos de los aspectos contenidos dentro de la propuesta winnicottiana previamente descrita sostenemos con el psicoanalista que cuando el cuidador no es *lo suficientemente bueno*<sup>19</sup>, es decir, cuando este no le brinda al infante el *sostén* que necesita en sus primeros meses de vida, en lugar de producirse la génesis de un *cuerpo propio* que tiene la *certeza* de estar sobre un suelo estable y seguro, acontece un movimiento contrario en el que el *proto-yo* no logra individualizarse como un *yo* y queda asediado constantemente por el miedo al *derrumbe* (*breakdown*) inminente. A este respecto Richir afirma que:

Sobre la carencia se instituye la *Spaltung* al no constituir ya la madre aquí absoluto alguno y, por consiguiente, no haber nada que retenga o contenga la “atmosferización” en *Phantomleib* del *Leib* (y el *Phantasieleib*) del bebé; “atmosferización” en la que el trauma, conectorio de la falta o carencia de afectividad, no ha sido, como tal trauma, propiamente vivido (2012a, p. 361).

De acuerdo con esta explicación lo que acontece en el marco de la experiencia traumática de la primera infancia es un proceso de profunda *despersonalización*, en razón de que, en lugar de producirse la génesis del *cuerpo propio* mediante la labor de la *Phantasia*, acontece, en cambio, la génesis de cierto *cuerpo fantasmático* (*Phantomleib*) que, incapaz de hacer experiencia de la alteridad en virtud de la profunda conmoción que suscita la indiferencia de los progenitores, es incapaz por este motivo de articular los límites que están a la base de la constitución del *cuerpo propio* como aquel *aquí absoluto* inaccesible a los demás sujetos. Como sostiene Richir —nuevamente leyendo a Winnicott—, en el contexto de la experiencia de la intemperie característica de las infancias traumáticas nos encontramos con una situación existencial en la que se produce la *secesión*, es decir, el colapso de aquella capacidad corporal que nos permite captar como *propios*, esto es, desde el punto de vista de un *yo ya* constituido, nuestra vida afectiva (*Leibhaftigkeit*) (2004, p. 284).

19 Expresión utilizada literalmente por el autor en los textos antes citados.

De este modo, nos hallamos en el contexto de una situación vital en la que, no estando presente la certeza de un otro que nos proteja del miedo al derrumbe (*breakdown*), tampoco está garantizada aquella *confianza* tácita que nos permite captar el mundo como el *suelo* permanente a todas nuestras experiencias. Estando ausente este primer encuentro con la alteridad también está ausente la posibilidad de tener un mundo de juego y de vivencias en el sentido propio de la expresión (Winnicott, 1975, p. 26).

## 8. Acerca de los límites del determinismo winnicottiano

Antes de pasar a la conclusión es importante poner en evidencia la que, a nuestro juicio, representa una distancia irreducible entre el planteamiento richiriano esbozado en *Phantasia, imagination, affectivité* (2004) y la propuesta psicoanalítica winnicottiana. En efecto, si bien es posible advertir cierta proximidad teórica entre ambos autores, en particular en lo que respecta a la función *individualizante* que desempeña el encuentro con los otros, en el seno mismo de dicha proximidad se anuncia una divergencia fundamental entre dos ópticas de trabajo. Por un lado, la perspectiva fenomenológico-genética de Richir, y, por otro lado, la perspectiva *determinista* del psicoanálisis winnicottiano.

Mientras Richir, en clara continuidad con la propuesta esbozada por Husserl en *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität* (1973b), buscar dar cuenta del *origen trascendental* (ver nota 5), es decir, estructural de la experiencia de la disociación, Winnicott desarrolla un ejercicio genealógico que buscar pone en relieve aquel *momento real* de nuestra vida en el que se encontraría la *génesis* de la experiencia disociativa. Mientras el filósofo belga describe aquella *disrupción estructural* que está a la base de la despersonalización de la vida corporal característica de toda disociación, situándola en este caso en el ámbito de la *Phantasia*, en contraste con esto, Winnicott explica la *causa* en virtud de la cual cierto individuo sucumbe a la disociación, siendo esta, tal y como estudiamos previamente, una errática dinámica del cuidado durante la infancia. ¿Qué consecuencias teóricas se desprenden de lo recientemente expuesto? A nuestro juicio, al menos dos.

En primer orden, y producto del registro genealógico característico de la aproximación winnicottiana, la disociación es siempre un asunto cuya clave hermenéutica se encuentra en la infancia. En otras palabras, desde este punto de vista, y en clara contraposición con la propuesta richiriana, hablar de disociación es dar cuenta de un asunto cuya génesis está en los cuidados recibidos —o no— durante la infancia. De esta manera, toda situación traumática padecida en la adultez no sería sino la expresión de un fenómeno cuyo origen ya se encontraba en ciernes. En contraste con esta visión, desde el punto de vista trascendental sostenido por Richir la disociación, en cuanto resultado de una *disrupción* en el ámbito de *Phantasia*, es un fenómeno al que los seres humanos estamos expuestos en cualquier momento de nuestra vida.

En segundo orden, y en plena relación con lo anterior, podemos sostener que mientras para Winnicott la disociación es un asunto de carácter *psicopatológico*, y en consecuencia mienta un patrimonio exclusivo de disciplinas tales como el psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría, para Richir, si bien vivencias como la esquizofrenia representan casos paradigmáticos del fenómeno disociativo, estas experiencias no son sino ejemplos de un escenario vital al que nos exponen igualmente acontecimientos traumáticos o situaciones de abuso. De este modo, incluso si el filósofo belga muestra un claro interés en describir el fenómeno psicopatológico, tal como lo muestra el desarrollo mismo de *Phantasia, imagination, affectivité* (2004), la experiencia de la disociación no agota sus modos de irrupción a experiencias tematizadas mediante categorías clínicas.

## Conclusiones

Como establecimos en la introducción, el objetivo central de esta contribución era describir el *origen trascendental* de la *disociación* que se experimenta en el marco de vivencias tales como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trauma, el abuso y la tortura. En este cuadro general, y siguiendo algunos de los postulados filosóficos desarrollados por el fenomenólogo belga Marc Richir, sostuvimos como hipótesis de lectura que la *disociación* es una vivencia cuyo origen se encuentra en cierta disrupción en el ámbito de la *Phantasia*, y en particular una disrupción que provoca cierto grado, parcial o total, de despersonalización que nos impide experimentar como propias nuestras distintas vivencias. Para mostrar esta propuesta de lectura nuestra estrategia argumentativa se dividió en tres momentos.

En primer lugar, y luego de una caracterización general de la fenomenología como una filosofía *eidética* que busca tematizar las estructuras *trascendentales* de la experiencia humana. Una vez hecho esto, describimos el cuerpo fenomenológico, es decir, el *cuerpo propio* como aquel momento de la arquitectura de nuestras vivencias que está a la base de aquel vínculo con el mundo que nos permite sostener que este mienta el *suelo* (*Boden*) de nuestras experiencias.

En segundo lugar, y buscando dejar de manifiesto cómo se constituye *genéticamente* aquel *cuerpo propio* que está a la base de nuestra relación con el mundo, hicimos una exégesis filosófica de algunos de los principales aspectos expuestos por Marc Richir en *Phantasia, imagination, affectivité* (2004). En esta obra, el filósofo belga desarrolla una descripción genética acerca de los fundamentos genéticos de la corporalidad a partir de su lectura de *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität* (1973b) de Edmund Husserl y *Jeu et réalité* (1975) del psicoanalista inglés Donald Winnicott. Así, y en una lectura atenta de los elementos específicos y distintivos que caracterizan la propuesta richiriana, establecimos con el autor que el *cuerpo propio* solo se constituye como tal mediante la labor de un tipo específico de *Phantasia*, a saber, la *Phantasia*

*perceptiva*. En otros términos, precisamos con el autor que solo a través de aquella *delimitación* de la esfera corporal de lo *propio* mediada por la labor de la *Phantasia* resulta posible la *individuación* de aquel esquema corporal que, como vimos en la primera sección, nos permite relacionarnos con el mundo.

En tercer lugar, buscamos describir en este marco conceptual la experiencia de la disociación, apelando a aquellas situaciones vitales en las que se produce una disrupción en el ámbito de la *Phantasia*, por ejemplo, aquellas dinámicas de cuidado en las que un niño es incapaz de captarse a distancia, es decir, como un ser distinto a sus cuidadores. En estos contextos, afirmamos con Richir que el cuerpo propio, experimentado habitualmente mediante la *Phantasia* (como *Phantasieleib*), deviene un cuerpo fantasmático (*Phantomleib*) que deja de experimentar sus vivencias como suyas. Yendo más allá del registro determinista winnicottiano que establece que *toda* disociación encuentra su origen en la infancia, Richir, en lugar de movernos a hallar el origen *histórico* de la experiencia de la disociación, nos invita a comprender su *origen trascendental*. La propuesta del autor nos mueve a identificar aquel elemento estructurante de la arquitectura de la experiencia humana, a saber, la *Phantasia*, que nos permite entender su génesis como una irrupción posible en cualquier momento de nuestra vida.

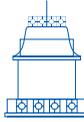
De esta manera, y a modo de conclusión general de nuestro artículo, podemos sostener con Richir que solo a la luz de la función *trascendental* de la *Phantasia*, en tanto vivencia *afectiva, espacializante e interfaccional*, resulta posible la *individuación* del *cuerpo propio*. Ahí donde resulta imposible aquella captación *a distancia* de las vivencias de los otros que permite la *Phantasia*, resulta imposible aprehender como *propias* nuestras distintas experiencias. Así, afirmamos con Yasuhiko Murakami que la disociación experimentada por quienes padecen esquizofrenia no representa sino un caso ejemplar de aquel *anonimato inminente* al que estamos expuestos todos los seres humanos (2012; 223). La constitución del *cuerpo propio* que se produce mediante la *Phantasia*, al tiempo que nos dispone a la posibilidad del encuentro con el mundo, nos expone a la posibilidad de su desencuentro, es decir, a la posibilidad permanente de extraviar aquel contacto originario con la alteridad que permite constituirnos como un yo singular.

## Referencias

- Englebert, J. (2021). Vulnérabilité territoriale et schizophrénie: vers un soi territorial. En M. Gennart, *La vulnérabilité : Approche phénoménologique, existentielle et psychopathologique* (pp. 45-71). Argenteuil, France: Cercle Herméneutique.
- Fuchs, T. (2007). Psychotherapy of the Lived Space: A Phenomenological and Ecological Concept. *American Journal of Psychotherapy*, 61(4), 423-439. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.423>.

- Fuchs, T. y Röhrich, F. (2017). Schizophrenia and intersubjectivity: An embodied and enactive approach to psychopathology and psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 24 (2), 127-142. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0018>.
- Gozé, T. (2019). *Expérience de la rencontre schizophrénique. De la bizarrerie de contact*. Hermann.
- Fazakas, I. (2019). Jeu et phantasia. Une lecture richirienne de D.W. Winnicott. En A. Bene y K. Bene (Eds.), *Acta Romanica Quinqueecclesiensis VI: Philosophie francophone en Hongrie* (65-80). Universidad de Pécs.
- Fazakas, I. y Gozé, T. (2020a). Imagination and Self Disorders in Schizophrenia: A Review. *Psychopathology*. *Psychopathology*, 53(5-6), 264-273. <https://doi.org/10.1159/000509488>.
- Fazakas, I. y Gozé, T. (2020b). The Promise of the World: Towards a Transcendental History of Trust. *Husserl Studies*, 36, 169-189. <https://doi.org/10.1007/s10743-020-09264-9>
- Grohmann, T. (2021). Qu'est-ce que la *maladie* pour la phénoménologie ? Essentialisation et normativité en phénoménologie psychopathologique. *Klesis. Revue Philosophique. Phénoménologie et psychiatrie: risquer le quiproquo*, 51, ss. pp. <https://www.revue-klesis.org/pdf/klesis-51-psychiatrie-02-grohmann-maladie-phenomenologie-essentialisation-normativite-psychopathologique.pdf>
- Husserl, E. (1973b). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität: Texte aus dem Nachlass Dritter Teil: 1929–1935*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-010-2474-7>
- Husserl, E. (1993). *Chose et espace (1907)* (J.F. Lavigne trad.). Puf. (Original publicado en 1907).
- Husserl, E. (1996). *Meditaciones cartesianas*. Fondo de cultura económica. (Original publicado en 1951).
- Husserl, E. (2006). *La tierra no se mueve* (A. Serrano de Haro, trad.). UCM. (Original publicado en 1940).
- Husserl, E. (2014a). *Ideas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Volumen II. Investigaciones fenomenológicas acerca de la constitución* (A. Ziriñ Quijano, trad.). Fondo de cultura económica. (Original publicado en 1952).
- Husserl, E. (2014b). *La filosofía como ciencia estricta* (E. Tabernig, trad.). Prometeo. (Original publicado en 1910).
- Lacan, J. (1978). *Le séminaire. Livre II. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique Psychanalytique*. Seuil.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Murakami, Y. (2012). "Sobre la disociación en el momento de la experiencia traumática. El sentido fenomenológico de la psicopatología a la luz de Levinas". *Investigaciones Fenomenológicas*, (9), 221-248. <https://doi.org/10.5944/rif.9.2012.751>

- Osswald, A. (2014). Génesis trascendental de la subjetividad: el desarrollo infantil en perspectiva husserliana. *Anuario Colombiano de Fenomenología*, XII, 11-31. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36118>
- Parnas, J. y Sass, L. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*. 29(3), 427-444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>.
- Posada-Varela, P. (2016). Fenómeno, Phantasia, Afectividad. La refundición de la fenomenología en Marc Richir. *Acta mexicana de fenomenología. Revista de investigación filosófica y científica*, 1, 91-114.
- Rasmussen, A., Stephensen, H. y Parnas, J. (2018). EAFI: Examination of Anomalous Fantasy and Imagination. *Review Psychopathology*, 51(3), 216-226. <https://doi.org/10.1159/000488464>.
- Ratcliffe, M. (2014). *Experiences of Depression: A Study In Phenomenology*. Oxford University Press.
- Ratcliffe, M. y Stephan, A. (Eds.) (2014). *Depression, Emotion and the Self: Philosophical and Interdisciplinary Perspectives*. Imprint Academy.
- Richir, M. (2004). *Phantasia, imagination, affectivité*. Million.
- Richir, M. (2011). Imaginación y Phantasia en Husserl. *Eikasia. Revista de Filosofía*. (40), 33-54. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/321192>
- Richir, M. (2012a). *Leiblichkeit* y Phantasia. *Investigaciones fenomenológicas*, (9), 349-365. <https://revistas.uned.es/index.php/rif/article/view/758>
- Richir, M. (2012b). Phantasia, imaginación e imagen. *Investigaciones fenomenológicas*, (9), 333-347. <https://doi.org/10.5944/rif.9.2012.757>
- Ricoeur, P. (2017). *Philosophie de la volonté, tome 1: Le Volontaire et l'Involontaire*. Points.
- Schnell, A. (2007). *Husserl et les fondements de la phénoménologie constructive*. Millon.
- Stanghellini, G. (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*, 8(1), 56-59. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00212.x>
- Venebra, M. (2018). Husserl. Cuerpo propio y alienación. *Investigaciones fenomenológicas*, 15, 109-132. <https://doi.org/10.5944/rif.15.2018.29656>
- Venebra, M. (2019). El mal y las técnicas de envejecimiento: Fenomenología del cuerpo torturado. *Investigaciones fenomenológicas*, 16, 109-133. <https://doi.org/10.5944/rif.16.2019.29678>
- Venebra, M. (2021). La violación originaria. Fenomenología del cuerpo sexualmente abusado. *Ágora. Papeles de Filosofía*, 40 (1), 155-178. <https://doi.org/10.15304/ag.40.1.6673>
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (J. Beltrán trad.). Laia. (Original publicado en 1958).
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (J. C. Monod et F. Pontalis, trad.). Gallimard. (Original publicado en 1971).
- Zahavi, D. y Gallagher, S. (2012). *La mente fenomenológica* (M. Zorba, trad.). Alianza Editorial. (Original publicado en 2008).



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](mailto:martinlorenzo.vargas@uva.es), [mvgargas105@alumno.uned.es](mailto: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.

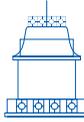
**Palabras clave:** “*disease, illness, sickness*”, depresalgia, psicoterapia PHD, Ortega.

## 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 ‘iatrofilosofía’ 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 práctica<sup>1</sup>. 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 característicos<sup>2</sup> 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”<sup>3</sup>: 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 traslacional<sup>4</sup> 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 crónico<sup>5</sup>. 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 clave<sup>6</sup>.

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 crónico<sup>7</sup>, 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 cojera<sup>8</sup>. “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 recíproco<sup>9</sup> 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”<sup>10</sup>. “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 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 mismidad<sup>11</sup>. El dolor sería, entonces, “indicador de mismidad corporal”. Allí Ortega se refiere a la habitación del espacio común y traduce *gemütlich*<sup>12</sup> 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”<sup>13</sup>. 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—<sup>14</sup> 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 conflicto<sup>15</sup>. Llamaremos “nudos personales” a tales situaciones<sup>16</sup>. 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 personalidad<sup>17</sup>. 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 vital<sup>18</sup>.

### **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)<sup>19</sup>. 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 desgarrá, 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”<sup>20</sup>. 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”<sup>21</sup>. 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 mordindome 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 desgarrado<sup>22</sup>, 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 vida<sup>23</sup>. 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 circunstancia<sup>24</sup>. 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 moduladora<sup>25</sup>. 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, desgarramiento 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

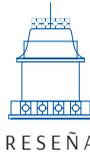
- Aftab, A., & Nielsen, K. (2021). From Engel to enactivism: Contextualizing the biopsychosocial model. *European Journal of Analytic Philosophy*, 17(2), 5-22. <https://doi.org/10.31820/EJAP.17.2.3>
- Álvarez, J. F. (2002). El tejido de la racionalidad acotada y expresiva. *En Manuscrito*, XXV (2) Michael 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.<sup>a</sup> 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 princio 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 psicosomática*. 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](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](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.



# Reis, R. (2022). *Câncer Infantil, Sofrimento e Transformação. Um ensaio fenomenológico. Via Verita.*

*Alejandro Rafael Laregina*

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
Universidad Atlántida Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Email: [arlaregina@uba.ar](mailto:arlaregina@uba.ar)

**ORCID:** 0000-0002-3639-3905

Recibido: 31 de octubre de 2023 | Aceptado: 15 de noviembre de 2023

<https://doi.org/10.17533/udea.ef.355335>

El valioso ensayo fenomenológico realizado por Reis (2022) es la concretización en una escritura individual —clara, compleja y profunda— de un proceso de investigación colectiva con enfoque multidisciplinar, colaborativa y sostenida en el tiempo. Este trabajo es el resultado de una investigación comenzada en el año 2016 en el campo de la fenomenología patológica infantil en el que se aborda como problema la explicitación de las estructuras de experiencias que se patentizan en el sufrimiento experimentado en el proceso del cáncer infantil (p. 14). La búsqueda de esclarecimiento en torno a un tema tan delicado y con un enfoque de fenomenología naturalizada en diálogo con la investigación empírica (Køster & Fernández, 2021; Braddok, 2001), trae aparejada la necesaria enunciación de un principio moral que condiciona y guía la investigación: “que la obtención de conocimiento sobre la experiencia del sufrimiento no promueva más sufrimiento” (Reis, 2022, p. 106).<sup>1</sup> El valor de dicho conocimiento estriba en la posibilidad de que el mismo ayude a mejorar las prácticas de cuidados de otros niños y niñas que sufran la misma enfermedad (p. 106).

El texto se estructura en un “prefacio”, una “introducción”, diecinueve capítulos divididos en cuatro partes y una “conclusión”. En el prefacio el autor narra el origen, el

1 El libro, en la actualidad, se encuentra publicado solamente en idioma portugués. Todas las traducciones al castellano son propias.

sustento y las implicancias de esta investigación desde el año 2014, en el que comienza con el estudio sistemático de la fenomenología aplicada a la teoría de la enfermedad, hasta llegar, en colaboración con colegas de Colombia, Brasil y Argentina, a la formación de la Red de Investigación en Fenomenología Naturalizada, Hermenéutica y Teorías de la Enfermedad (p. 9). Esa multidisciplinariedad se pone de manifiesto al recorrer el vasto listado de las doscientas veintiseis referencias bibliográficas que son utilizadas en el ensayo. Pero más aún, se explicita cada vez que el autor sustenta sus conceptualizaciones en investigaciones empíricas en diversas áreas —oncología paliativa pediátrica, oncopsiología pediátrica, etc.— o cada vez que nos pone sobre aviso en relación a qué conceptualizaciones requieren todavía del desarrollo de investigaciones empíricas para no ser meramente especulaciones teóricas.

En la introducción, el autor da cuenta del encuadre metodológico de la investigación fenomenológica abordada y de la diversidad de metodologías utilizadas (p. 13). En primer lugar, se hace una referencia general a la investigación fenomenológica cualitativa (Giorgi, 1994, 1997; van Manen, 2001, 2017, 2023; Smith, 2004, 2011; etc.), para luego detallar más específicamente las metodologías: entrevistas fenomenológicas derivadas de la neurofenomenología y acordes con las ciencias cognitivas no reduccionistas (Petitmengin, 2006; Høffding & Martiny, 2016), fenomenología de carga frontal (Gallagher, 2003), investigación fenomenológicamente fundada (Køster & Fernández, 2021) en el marco de un programa de investigación interdisciplinar (Burch, 2021). Allí se define la “Fenomenología patológica” como una concepción metafilosófica que encuentra en la experiencia de la enfermedad (mental o corporal) la base de un método fenomenológico en el que se revelan reflexiones sobre temas tales como el sufrimiento, la finitud, el dolor o la injusticia, distanciados de las vivencias cotidianas vitales (Carel, 2021). Es en este marco en el que se inscribe el problema adelantado anteriormente, haciendo foco en el análisis del sufrimiento multidimensional que experimentan los pacientes pediátricos con cáncer (Reis, 2022, p. 14).

En la primera parte (capítulos 1 a 3) se establece la noción de fenómeno disruptivo en la fenomenología patológica pediátrica presentando la potencia epistémica del enfoque fenomenológico, no reduccionista a los procesos biológicos y vividos en primera persona, de la experiencia de la enfermedad. Esta experiencia da cuenta de una serie de rupturas (interacciones y roles sociales, estructura del cuerpo vivido, identidad personal, hábitos y comportamientos) que pueden modificar la experiencia de uno mismo y del mundo, como alteración repentina o como forma de vida completa (pp. 18-19), pudiendo provocar una transformación en el sentimiento existencial de confianza en el propio cuerpo (Carel, 2014; 2016). En este aspecto disruptivo de la experiencia de la enfermedad y en la posibilidad de describir su estructura constitutiva yace su relevancia epistémica (Reis, 2022, pp. 20-21). En el segundo capítulo se establece que la experiencia de la enfermedad es un fenómeno disruptivo

evidenciando la interrupción hermenéutica que provoca (p. 24) y su potencia de patentización (p. 25). En el tercer capítulo, se presenta la complejidad específica de la fenomenología de la patología pediátrica y sus dificultades relativas tanto al concepto de “infancia” (p.27) como a los desafíos epistemológicos y ontológicos que encarna (p.28), dejando de manifiesto que las experiencias disruptivas deben abordarse en clave de desarrollo. De esta manera, el campo de la patología infantil se presenta como un escenario único para el acceso a las dinámicas de estructuras que por el propio desarrollo humano no son accesibles en adultos (p. 30), mientras que la elección del cáncer se justifica por el impacto disruptivo que genera (p. 31).

La segunda parte (capítulos 4 a 9) hace foco en la conceptualización del sufrimiento existencial y de la comprensión de la muerte por parte de los niños sustentada en los resultados de la investigación sobre el cáncer pediátrico (p. 14). En el capítulo 4 encontramos una revisión sistemática de la bibliografía científica sobre la experiencia del cáncer infantil. A partir de esa revisión surge la evidencia que sustenta la consciencia que los niños tienen de su sufrimiento y el surgimiento del concepto “Dolor total” como una noción multidimensional del sufrimiento (físico, psicológico, social y espiritual) que implica la necesidad de abordaje integral (p. 35). Se establece mediante investigación empírica que el dolor es uno de los síntomas que más sufrimiento genera en los niños con cáncer (McCulloch & Collins, 2006). En el capítulo 5, Reis se ocupa de la elucidación del concepto multidimensional del sufrimiento. Allí, luego de realizar un recorrido por la bibliografía referida al tema desde el giro humanista y del desarrollo realizado por Cherny, Coyle y Foley (1994), recupera su definición de “sufrimiento” entendido como “una experiencia emocional caracterizada por la percepción personal de angustia generada por factores adversos, que minan la calidad de vida” (Reis, 2022, p. 40). El sufrimiento exhibe intensidades diversas y el modelo elegido contempla síntomas físicos (dolor, náuseas, etc.), síntomas psicológicos (depresión, irritabilidad, etc.) y síntomas existenciales (alteración de la integridad personal, preocupaciones religiosas, etc.) (p. 41). Este modelo siguió recibiendo validación de estudios más amplios atendiendo también al concepto de sufrimiento insoportable (Dees et al., 2010; Verhofstadt et al., 2017) conduciéndonos a la tematización del sufrimiento existencial (capítulo 6) y, más específicamente, el sufrimiento existencial de niños con cáncer (capítulo 7) con sustento en investigación empírica en clave de desarrollo. De la misma manera, se aborda la comprensión de la muerte por parte de los niños (capítulo 8), presentando las investigaciones sistemáticas en relación al tema y sus resultados desde la década de 1930 en adelante, pasando por modelos psicoanalíticos (pp. 58-59), cognitivos (pp. 59-63), causales explicativos vitalistas (pp. 63-66) y socioculturales (pp. 66-69). Esta revisión sustenta la conclusión de que “los niños, incluso más pequeños, tienen comprensión multidimensional y avanzada de la muerte” (p. 70) y de sus características: universalidad, irreversibilidad, inevitabilidad, no funcionalidad,

causalidad y continuidad no corporal. En el capítulo 9 se ajusta la comprensión de la muerte en los niños con cáncer. En la investigación de [Bluebond-Langner \(1978\)](#) queda evidenciado cómo los niños adquieren información sobre su enfermedad y sobre las dinámicas del hospital de forma independiente, de manera que experimentan la comprensión de la enfermedad llegando a establecer estrategias como la simulación –de desconocimiento de su diagnóstico, por ejemplo– para paliar el sufrimiento existencial que causa. El análisis del dilema existencial surgido es profundizado en la parte siguiente (capítulo 13).

En la tercera parte de la obra (capítulos 10 a 13) se aborda una interpretación en clave fenomenológica de la dimensión transformacional del proceso de sufrimiento existencial en la experiencia del cáncer infantil, tanto de los aspectos conceptuales de vulnerabilidad y contingencia, pérdida de fundamento en términos modales de posibilidad, como de las consideraciones metodológicas de la colaboración mutua entre fenomenología y ciencia empírica (pp. 93-94).

La cuarta y última parte (capítulos 14 a 19) se ocupa de elucidar la cualidad fenomenológica de la experiencia del sufrimiento existencial en el cáncer infantil. Se pone en juego la historicidad de la experiencia del sufrimiento de los pacientes pediátricos en la resolución del dilema existencial presentado por [Bluebond-Langner](#) mediante la simulación mutua. Esa historicidad encierra una dinámica modal compleja, ubicada en la movilidad de las posibilidades mismas, del espacio de las posibilidades y de la conexión con las posibilidades. En los capítulos 17 y 18 se presentan algunas objeciones y problemas del modelo propuesto en relación con la estructura procesual de la enfermedad ante los cuáles se adopta un posicionamiento de pluralismo ontológico, diferenciando la vida (procesos orgánicos) y la existencia (procesos modales) como diferentes modos de ser (pp. 133-136). Finalmente, se propone como posibilidad para el desarrollo de futuras investigaciones el abordaje, a través de la dinámica de los sentimientos existenciales, del esclarecimiento de los “procesos modales formalmente presentes en la experiencia” (p. 142).

En la conclusión, Reis sintetiza el recorrido realizado y aporta cuatro limitaciones al proyecto de investigación: la necesidad de elucidar las bases de la adjudicación de una estructura procesual compleja a la dinámica de la experiencia modal de la enfermedad, centrar la fenomenología patológica en la variación fáctica de las enfermedades infantiles, la restricción de la generalización de los resultados alcanzados y, por último, analizar el alcance de la interpretación fenomenológica bajo la regla de la aclaración mutua (p. 146).

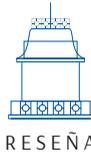
Comenzamos esta reseña señalando el valor de este ensayo. Ahora podemos dar cuenta de ese valor en la explicitación de la producción colectiva, colaborativa e interdisciplinaria del conocimiento, en la rigurosidad metodológica, en la coherencia entre la adopción de un punto de vista naturalizado de la fenomenología y su puesta

en práctica dialogando a cada paso con las investigaciones científicas, en la vastedad del recorrido bibliográfico, en el desarrollo latinoamericano de la fenomenología naturalizada, y sobre todo, en el reconocimiento positivo de la capacidad de seguir aprendiendo que el autor evidencia y explicita en el itinerario propuesto (p. 148).

## Referencias

- Bluebond-Langner, M. (1978). *The Private Worlds of Dying Children*. Princeton University Press.
- Braddock, G. (2001). Beyond reflection in naturalized phenomenology. *Journal of Consciousness Studies*, 8(11), 3-16. <https://www.ingentaconnect.com/content/imp/jcs/2001/00000008/000000011/1235>
- Burch, M. (2021). Make applied phenomenology what it needs to be: an interdisciplinary research program. *Continental Philosophy Review*, 54, 275-293. <https://doi.org/10.1007/s11007-021-09532-1>.
- Carel, H. (2014). Bodily Doubt. En M. Ratcliffe; A. Stephan (Eds.), *Depression, Emotion and the Self* (pp. 105-123). Imprint Academic.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.
- Carel, H. (2021). Pathology as a phenomenologica tool. *Continental Philosophy Review*, 54(2), 201-217. <https://doi.org/10.1007/s11007-021-09538-9>
- Cherny, N.; Coyle, N.; Foley, K. (1994). Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *Journal of Palliative Care*, 10(2), 57-70. <https://doi.org/10.1177/0825859794010002>
- Dees, M.; Vernooij-Dassen, M.; Dekkers, W.; Weel, C. (2010). Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. *Psychooncology*, 19(4), 339-352. <https://doi:10.1002/pon.1612>
- Gallagher, S. (2003). Phenomenology and experimental design toward a phenomenologically enlightened experimental science. *Journal of Consciousness Studies*, 10(9-10), 85-99. <https://www.ingentaconnect.com/content/imp/jcs/2003/00000010/f0020009/art00007>
- Giorgi, A. (1994). A Phenomenological Perspective on Certain Qualitative Research Methods. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25(2), 190-220. <https://doi.org/10.1163/156916294X00034>
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>

- Høffding, S.; Martiny, K. (2016). Framing a phenomenological interview: What, why and how. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15(4), 539-564. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9433-z>
- Køster, A., y Fernandez, A. (2021). Investigating Modes of Being in the World: An Introduction to Phenomenologically Grounded Qualitative Research. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s11097-020-09723-w>
- McCulloch, R.; Collins, J. (2006). Pain in Children Who Have Life-Limiting Conditions. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(3), 657-682. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.02.001>
- Petitmengin, C. (2006). Describing One's subjective ex- perience in the second person: An interview method for the science of consciousness. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 5(3-4), 229-269. <https://doi.org/10.1007/s11097-006-9022-2>
- Reis, R. (2022). *Câncer infantil, sofrimento e transformação. Um ensaio fenomenológico*. Via Verita.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(1), 39-54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- van Manen, M. (2001). Professional practice and 'doing phenomenology'. In *Handbook of phenomenology and medicine*, 457-474. Dordrecht: Springer Netherlands.
- van Manen, M. (2017). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775-779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- van Manen, M. (2023). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Taylor & Francis.
- Verhofstadt, M., y Thienpont, L.; Peters, G. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 211(4), 238-245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>



# Aliseda, A., Calderón, C. M. y Villanueva, M. (2022) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas.

*Alberto Guzmán Janeiro*

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

E-mail: [albguz02@ucm.es](mailto:albguz02@ucm.es)

**ORCID:** 0009-0007-6981-1812

Recibido: 15 de marzo de 2024 | Aprobado: 3 de abril de 2024

**Doi:** <https://doi.org/10.17533/udea.ef.356640>

Al lector se le ofrece en esta antología de trabajos un diálogo interdisciplinar bajo la rúbrica de una filosofía de la medicina. La elaboración de esta obra ha sido posible gracias a las aportaciones tan versátiles que el Seminario de Epistemología de las Ciencias de la Salud (SECS) acogió en su programa transversal, donde se trataba de articular aquello que hemos venido llamando una filosofía de la medicina, en concreto, y una filosofía de las ciencias de la salud, en general. Con el propósito de emplazar la filosofía de la medicina dentro del conjunto de campos que puedan adscribirse a las ciencias de la salud, esta antología se divide en cuatro bloques en los que se figura: el horizonte temático de la filosofía de la medicina; un análisis exhaustivo sobre el abordaje metodológico en las ciencias de la salud; el estado de la cuestión sobre los debates concurridos en torno a la definición de la enfermedad; y el estudio pormenorizado de los presupuestos del modelo biomédico.

Si bien la complejidad de elaborar una definición de la filosofía de la medicina –así como diferenciarla de otras disciplinas– no es poca, las editoras llevan a cabo en

este primer bloque, “Filosofía de la medicina: Estado del arte”, la tarea de responder una serie de preguntas para delimitar el mapa de este campo de investigación con respecto a otros: “¿Qué hace a la filosofía de la medicina un campo autónomo de investigación? ¿Cuál es el conjunto de problemas que aborda la filosofía de la medicina? ¿Qué subcampos conforman, en la actualidad, a esta disciplina?” (pp. 21-22). Estas son las cuestiones que permiten caracterizar esta *cartografía* epistémica que acote la filosofía de la medicina y pueda constituirse como un campo autónomo. El primer capítulo, “El territorio de la filosofía de la medicina: Un mapa de sus problemas, conexiones con disciplinas afines y subcampos de investigación”, se divide en tres secciones que corresponden, a su vez, a las respuestas que dan las editoras a las cuestiones previamente citadas. En una primera instancia, se aboga por la autonomía de la filosofía de la medicina con respecto a la filosofía de la ciencia, en la medida en que hay una preponderancia en la dimensión práctica (*know how*), un saber hacer que obedecería específicamente al terreno de la clínica y no –tan solo– a la práctica científica que pudiera desarrollarse en un laboratorio (p.24). También habría una diferenciación con la bioética médica, en tanto que la filosofía de la medicina no se especializaría en los debates ético-morales fraguados bajo la mira de la deontología médica, sino más bien, constituiría el sustrato para el desarrollo de una ética médica (p.25).

A continuación, se abordará el conjunto de problemas que competiría a la filosofía de la medicina. Dicho abordaje, cabe destacar, respondería a una taxonomía estrictamente analítica para agrupar cuestiones problemáticas y facilitar su análisis. Para hacer una mención sucinta al respecto, tendríamos los problemas metafísicos y ontológicos que darían cuenta de la naturaleza de fenómenos difícilmente delimitables como lo son la enfermedad y la salud, la normalidad y la discapacidad. Como consecuencia, sería un imperativo adentrarse, bajo estos términos, como bien apuntalan las editoras, en el debate entre constructivismo y naturalismo (p. 27). Los problemas metodológicos y epistemológicos pertenecerían a tres temas relacionados entre sí: la teoría médica, la práctica clínica y los estudios epidemiológicos. Con respecto a las competencias de la filosofía de la medicina en el terreno ético, habría varios problemas a tratar. Estos incluyen la raza en la medicina, la relación entre médico y paciente, así como la relación entre los estándares de belleza occidentales y la cirugía plástica, desde una perspectiva feminista (p.32). Por último, están los problemas de reflexividad, donde cabe preguntarse por la naturaleza de la medicina como tal, por ejemplo: si es una ciencia, un oficio o una técnica (p. 33).

Cabe decir algo sobre la última de las preguntas acerca de los subcampos pertenecientes a la filosofía de la medicina que constituyen esta primera parte de la antología. Podemos mencionar la revisión que realiza la *Enciclopedia de Filosofía de Stanford* (Zalta y Nodelman, 1995), que incluye ramas tales como la filosofía de la

psiquiatría (Murphy,2020), de la inmunología (Swiatczak & Tauber,2020), o incluso en el *Routledge Companion to Philosophy of Medicine* (Solomon et al. 2017), que dedica un capítulo a la filosofía de la enfermería, analizando directamente la cuestión del cuidado del paciente (p. 34). Todos estos subcampos, entre otros más novedosos, ampliarían la cartografía epistémica de la filosofía de la medicina que todavía esta en vías de desarrollo.

Ha sido conveniente, a nuestro juicio, hacer mayor hincapié en este primer capítulo del primer bloque de la antología por su intención de dilucidar el mapa conceptual en el que las categorías de los diversos campos puedan tener un papel decisivo en la conformación de la filosofía de la medicina. Un mapa como este servirá de sustento para las demás investigaciones que componen este texto, como el segundo capítulo de este primer bloque, “Hacia una filosofía de la cirugía: El nacimiento de un nuevo subcampo”, realizado por Cecilia M. Calderón. Este subcampo, poco tratado, ocupará un lugar relevante en la filosofía de la medicina por el estudio de la naturaleza de los procedimientos quirúrgicos, así como del desarrollo de estos mismos en relación con la evolución en el aprendizaje de la práctica quirúrgica (p. 55).

En el segundo bloque que compone esta antología, “Epistemología y metodología en ciencias de la salud: Razonamientos e inferencias causales”, Atocha Aliseda, Rodrigo Itzamna Fuentes y Fernanda Samaniego realizarán en sus trabajos la tarea tentativa, pero metodológicamente sugerente, de destacar actividades cognitivas específicas para la resolución de problemas en terreno clínico. En el tercer capítulo de nuestra antología, “Hacia una caracterización del razonamiento clínico: Una perspectiva epistemológica”, Atocha Aliseda abre el camino que amplía la competencia clínica con el uso del razonamiento clínico –cuya relación con el pensamiento crítico desde la filosofía es obligatorio destacar– (p.70). El empleo del razonamiento clínico nos permitirá comprender los pormenores de las diversas perspectivas o posturas que se van a analizar en este capítulo. Una de estas posturas es la cognitiva o descriptiva, cuyos modelos de razonamiento, que están coordinados con la práctica clínica, pueden entenderse a su vez desde dos perspectivas: en primer lugar, desde la postulación del diagnóstico y el curso de acción propio para la resolución del problema. En segundo lugar, en el uso de *mental scripts*, estructuras de representación de los procesos que sirven para modelar o guiar en el curso de un caso clínico específico (pp. 72-73). Por otra parte, tendríamos la postura lógico-argumentativa o prescriptiva que, bajo la meta de la construcción de diagnósticos, realizaría reconstrucciones formales de modelos de razonamiento –a la manera de ideales regulativos–, los cuales guiarían en la consecución adecuada y eficiente de la tarea en cuestión.

Rodrigo Itzamna aborda en el cuarto capítulo, “Agencialismo radical e inferencias causales: El caso de fumar y el cáncer de pulmón”, la relevancia de los debates ocurridos en el siglo XX en torno al factor causal del cáncer del pulmón. En definitiva,

si el tabaco era la causa preponderante a la hora de contraer el cáncer de pulmón –la llamada hipótesis causal– o, por el contrario, habría un tercer factor que fuera actor en la producción de un hábito de fumar y el cáncer de pulmón, cuya inferencia se denominaría hipótesis constitutiva (pp. 82-83), entonces el agencialismo radical constituiría, por tanto, una solución al debate sobre cuál hipótesis sería la más pertinente para el abordaje de este estudio epidemiológico. Así, la finalidad de esta metodología no sería exclusivamente explicativa, sino operativa, en tanto que buscaría una solución real y eficiente del problema. La finalidad sería dar cuenta de los cursos de acciones que pueden llevar a la transformación de una situación específica, o en este caso plantearnos: ¿qué hábito o posible causa debo cambiar o eliminar para prevenir, en la medida de lo posible, el cáncer de pulmón? (p. 97)

En el quinto capítulo, “Análisis comparativo de dos etiologías de la diabetes: Intervencionismo, verdad y empatía”, Fernanda Samaniego realiza, desde la teoría intervencionista de la causalidad de Woodward, una evaluación sobre dos etiologías de la diabetes: la médica y la totonaca. La teoría de Woodward permite diferenciar causas genuinas y causas espurias: aquellas serían las que posibilitaría una intervención efectiva, modificando el efecto sobre el agente causal, mientras que las causas espurias carecerían de esta eficiencia (p.102). Habiendo comprendido esta doble acepción de causa, queda por saber las implicaciones conceptuales del término “intervención”, que tendrá un papel central para la elaboración de la etiología intervencionista médica y totonaca. Atendiendo a que la intervención apela a todos aquellos mecanismos que modifican los valores de las causas propuestas de la comunidad (p. 112), la autora nos proporciona las diferencias entre los diagramas causales que la etiología médica y totonaca tendrían a la hora de abordar la diabetes tipo 2 (pp. 108 y 112). Aunque se consideraría bajo estas coordenadas que el razonamiento totonaca carecería de “profundidad”, se concluiría de modo parejo a la etiología médica occidental que el consumo excesivo de alimentos azucarados causa la diabetes tipo 2. En suma, aunque haya una distancia terminológica entre ambas visiones sobre la comprensión de la diabetes tipo 2, la autora destaca la importancia en fomentar un espacio empático en la práctica clínica para que tanto médico como paciente se comprendan mejor y haya más conocimiento de causa en los hábitos de autocuidado (p. 116).

Mariana Salcedo y Adriana Murguía analizan en el tercer bloque, “Sobre la caracterización de enfermedad: Disfunción biológica y sobrediagnóstico”, los diferentes debates surgidos sobre la concepción –tan escurridiza– de enfermedad. “La definición de enfermedad mental: Limitaciones del criterio objetivo de disfunción biológica” es el título que lleva el sexto capítulo, donde Mariana Salcedo se dedica a situar en un marco crítico la noción de disfunción aplicada al marco nosológico de las enfermedades mentales. El problema principal que el lector encuentra en los diversos usos de del término “disfunción” para las enfermedades mentales es, en parte, el

criterio de demarcación entre la salud y la enfermedad que hereda la psiquiatría. Este problema radica, desde un inicio, en las discusiones sobre las definiciones de enfermedad desde las posturas naturalistas, constructivistas e híbridas. Mientras que el objetivismo o naturalismo, que se desarrolla de la mano de autores como Kendell o Boorse, define la enfermedad en función de los signos del estado del organismo, los constructivistas o normativistas emplazados en la antipsiquiatría, sentenciarían que la descripción de lo “patológico” o lo “normal” se formula bajo juicios de valor (p. 124). En lo relativo a la postura híbrida, que la autora analiza específicamente desde Wakefield, se expondría la indisociabilidad del componente objetivo y normativo de la enfermedad. Desde este mapa, la autora abarca las discusiones sobre el término de “función” para destacar la indeterminación de la historia evolutiva de los mecanismos adaptativos físico-mentales (pp.134-136). Esto conllevaría a la dificultad –desde lo empíricamente objetivable– de determinar si una modificación conductual puede categorizarse como trastorno o variación adaptativa.

En cuanto al séptimo capítulo, “El diagnóstico y el sobrediagnóstico de las enfermedades: Consideraciones sociológicas y filosóficas”, Adriana Murguía trata sobre la importancia del diagnóstico en la práctica médica y cómo se constituyen las definiciones de la enfermedad según los “regímenes de diagnóstico”. En este marco, la autora resalta los problemas del sobrediagnóstico originados en el tratamiento del cáncer. La evolución drástica de la tecnología llevó a cabo un tratamiento preventivo exhaustivo sobre los signos de posibles enfermedades, dando lugar a la posibilidad de diagnosticar como enfermedad signos que no lo eran (p. 152).

El cuarto y último bloque, “Más allá del modelo biomédico: Persona, sufrimiento y complejidad”, se divide entre los trabajos de Marcia Villanueva, David Fajardo-Chica y David Servín Hernández. En el octavo capítulo denominado: “Por una conceptualización holista de la deshumanización de la medicina: Reflexiones a partir de la noción de persona”, Marcía Villanueva analiza el problema de la multiplicidad desde el marco de las teorías psicológicas de la deshumanización, bajo la noción de persona desarrollada por Locke, así como la noción de persona desde el animalismo que implícitamente adscribe el modelo biomédico (p. 161). Esta ruptura entre el “ser psicológico” y “el ser biológico” que sostienen ambas posturas llevan a la autora a elaborar una posición holista donde la noción de persona quede integrada bajo esquemas sociales, biológicos y psicológicos. De este modo, el despliegue epistemológico de una teoría holista de la persona combatiría las tendencias deshumanizadoras que la práctica médica pudieran incurrir.

David Fajardo-Chica realiza en el noveno capítulo, “Dolor total al final de la vida: Concepciones del sufrimiento e instrumentos de medición”, un estudio sobre el sufrimiento al final de la vida y los diversos instrumentos validados para medir este sufrimiento. Lejos de que el autor quiera hacer una crítica contundente a dichos instrumentos de análisis y de medición, considera que estos se atienen

exclusivamente a lo que el autor denomina la multidimensionalidad del sufrimiento, es decir, a que los cuidados paliativos del sufrimiento del final de la vida de una persona se orienten en los aspectos de la dimensión psicológica, física, social. Todas estas dimensiones se abordan desde la multiplicidad de especialidades que sepan tratar cada dimensión de la persona. En su lugar, el autor aboga por una concepción holista, global, en la que se ponga de relieve el entrelazamiento de los diferentes aspectos vitales de la persona, tratando de hacer un ejercicio por *comprender* el dolor total (p.187).

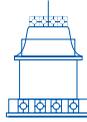
Por último, contamos con el décimo capítulo de David Servín, “El pensamiento complejo: Una herramienta epistémica de transformación de la práctica clínica”, en el que pretende realizar una aproximación exhaustiva de la salud y la enfermedad desde el *pensamiento complejo* (p.203). Esta herramienta epistemológica servirá para ordenar una serie de pautas que vislumbren las múltiples conexiones entre los elementos que acompañan los procesos de salud y enfermedad (p. 207). El pensamiento complejo, por tanto, advertirá de no incurrir en la dicotomía monolítica de salud y enfermedad, sino más bien en comprender estos fenómenos desde un continuo dinámico (p. 208). Se debe reconocer, a su vez, el interprofesionalismo para elaborar diagnósticos globales e integradores (p. 212). También es imperativo comprender que la salud del individuo se encuentra ligada a la sustentabilidad del ecosistema y a los regímenes climáticos, así como destacar el entrelazamiento eminentemente humano, es decir, enfrentar la adversidad del sufrimiento en compañía (p. 214).

Esta antología de trabajos supone, en definitiva, un espacio de reflexión crítico y dialogado entre múltiples disciplinas que abren un horizonte para indagar, no solo el estatuto gnoseológico y ontológico de una filosofía de la medicina, sino también un campo de acción que pueda explorar nuevos modelos biomédicos, cuyos valores sean además de la eficiencia y la celeridad, la integración y la comprensión de múltiples factores vitales de la persona.

## Referencias

- Aliseda, A., Calderón, C. M. y Villanueva, M. (2022) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas. URL: [https://www.filosoficas.unam.mx/docs/431/files/Filosofia\\_de\\_la%20medicina-comprimido.pdf](https://www.filosoficas.unam.mx/docs/431/files/Filosofia_de_la%20medicina-comprimido.pdf)
- Murphy, D. (2020) “Philosophy of Psychiatry”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2020 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/psychiatry/>.

- Solomon, M., Simon, J. R. y Kincaid, H. (2017) *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*, Routledge, Hampshire. <https://doi.org/10.4324/9781315720739>
- Swiatczak, B. y Tauber, A. (2020) "Philosophy of Immunology", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2020 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL : <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/immunology/>>.



# Nota a los autores

La revista *Estudios de Filosofía* publica preferentemente contribuciones que provengan de investigaciones en los diferentes campos de la filosofía, así como artículos que aporten a la discusión, el esclarecimiento, la actualización o la interpretación de problemas filosóficos. Se aceptan contribuciones en español e inglés. Es de suma importancia que los artículos enviados cumplan los siguientes requisitos:

## 1. Entrega

Para realizar envíos de contribuciones a *Estudios de Filosofía* es necesario que los autores estén registrados en el sitio web de la revista (OJS) en el siguiente link: [https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios\\_de\\_filosofia/about/submissions](https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia/about/submissions). Acceda al sitio y proceda al envío, que se hace a través de cinco pasos. Así mismo, lea el aviso de derechos de autor.

### • Preparación

Todos los manuscritos serán sometidos a doble arbitraje anónimo antes de su posible publicación. Por ello, rogamos a los autores eliminar del cuerpo del texto su nombre, afiliación institucional y cualquier referencia que pueda ayudar a identificarlo.

Puede darse el caso de que al autor se le pida revisar su artículo antes de ser publicado. Además, el derecho de rechazar la publicación de los artículos es reservado al editor. Para información sobre los tipos y extensión de los artículos que la revista publica consulte la tipología de los artículos en la página web de la revista. Sugerimos usar el siguiente instructivo de guía para la preparación de su envío.

### • Estructura

Proceda según la siguiente estructura para presentar su envío:

- Título
- Resumen: en inglés y español, entre 130 y 150 palabras en un solo párrafo donde señale los objetivos y propósitos, así como las conclusiones. El resumen no debe contener ninguna abreviatura indefinida ni referencias no especificadas.
- Palabras clave: una lista de 5 a 7 descriptores, los cuales son usados con fines de indexación.
- Texto principal del artículo.
- Referencias: APA séptima edición.

### Diseño del manuscrito

El archivo enviado debe estar en .docx.

Página: tamaño carta, todas las páginas numeradas consecutivamente.

Fuente: tamaño 11 o 12 puntos, Times New Roman

Espaciado: 1,5.

Márgenes: 3 cms. arriba, abajo, derecha e izquierda.

## 2. Datos imprescindibles que deben incluirse en el sistema de envíos (OJS) de la revista

- El artículo debe ir precedido por un resumen de máximo 150 palabras en el que se describan el contenido y la tesis central del artículo, además de 5 a 7 palabras clave para identificar los temas sobre los que versa.
- Al final del artículo debe ir la lista de referencias.
- **En sistema de envíos OJS:** todas las colaboraciones deben aportar una breve biografía intelectual del autor, que no exceda 150 palabras, en la que aparezcan los siguientes datos: nombre y apellidos del autor, filiación institucional completa (universidad, dependencia, grupo de investigación); estudios realizados (títulos obtenidos, institución); libros y artículos publicados recientemente; áreas de especialización; ORCID, e-mail y dirección postal.

## 3. Formatos para las referencias bibliográficas

La revista se rige únicamente por el modelo de citación APA séptima edición. En el cuerpo del artículo se hace la referencia entre paréntesis indicando el apellido del autor, el año de publicación de la obra y el número de página, p. ej. (Nietzsche, 1973, p. 20).

Cuando se citan obras de un mismo autor publicadas el mismo año, la diferencia se indica mediante una letra minúscula adjunta al dato del año, p. ej. (Gutiérrez, 1999a). Cuando sea necesario repetir referencias a una misma obra, se usan de nuevo los paréntesis para repetir los datos de autor, año o página, según sea necesario.

El formato de referencias bibliográficas, que debe incluirse al final del artículo, se rige por el siguiente orden, puntuación y resalte tipográfico:

- **Libros**  
Nietzsche, F. (1973). *Así habló Zaratustra* (A. Sánchez Pascual, Trad.). Madrid: Alianza.
- **Artículos de revistas**  
García, C. (1985). El problema de la virtud en Platón. *Pensamiento Filosófico*, 12(4), 45-60.
- **Capítulos de libros o colaboraciones en obras colectivas:**  
Gutiérrez, A. (1999). La cuestión del juicio determinante en el pensamiento de Kant. En: M. Arboleda (Ed.), *El pensamiento de Kant en la reflexión filosófica contemporánea* (pp. 325-350). Madrid: Tecnos.
- **Recursos electrónicos:**  
Pritzker, T. J. (s.f.). An early fragment from central Nepal [sitio en internet]. *Ingress Communications*, <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker.html>.

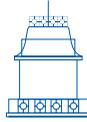
## 4. Recepción, evaluación y aceptación de contribuciones

- La evaluación de los artículos es anónima. El comité editorial de la revista selecciona a los jurados de un amplio grupo de prestigiosos filósofos colombianos y extranjeros que cubre todas las áreas de la filosofía.
- La revista informará a su debido tiempo los resultados de las evaluaciones de los artículos.
- Con autorización del autor, la revista realizará cambios editoriales cuando sean necesarios.

Las colaboraciones deben ser enviadas a *Estudios de Filosofía* en el siguiente link:

[https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios\\_de\\_filosofia/about/submissions](https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia/about/submissions)

Última actualización: 10 de julio de 2020



# Código de ética de publicación

## 1. Introducción: Temática y alcance de *Estudios de Filosofía*

*Estudios de Filosofía* es la revista editada por el Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Es una publicación electrónica internacional de acceso abierto regida por el sistema de doble arbitraje anónimo. Circula semestralmente de manera ordinaria, sin perjuicio de que, a juicio del Comité editorial, se realicen publicaciones extraordinarias. Desde su fundación en 1990, *Estudios de Filosofía* se ha concebido como medio especializado para el fomento y la difusión de trabajos de investigación en todos los campos de la filosofía, tanto de investigadores colombianos como de miembros de la comunidad filosófica internacional. La institucionalidad de *Estudios de Filosofía* garantiza su orientación hacia el desarrollo de las investigaciones filosóficas en el país y el fortalecimiento de una cultura de comunicación, bajo el principio del respeto a la libertad de expresión e investigación. Se trata de una publicación dirigida a un público de especialistas en filosofía, pero también a todas aquellas personas interesadas en el debate intelectual contemporáneo.

El propósito de publicar este Código de ética de publicación es señalar las expectativas de *Estudios de Filosofía* y el Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia con respecto a la ética de publicación, teniendo como referente la temática, enfoque y alcance de la revista. Este código presenta los estándares éticos básicos para autores y evaluadores, así como también señala esquemáticamente las funciones y responsabilidades del editor.

## 2. Estructura editorial

*Estudios de Filosofía* está coordinada sólo por un director, quien a su vez coordina al editor (general o invitado), al asistente de dirección y al asistente editorial, al diagramador y al equipo editorial. El director es nombrado por el director del Instituto de Filosofía. El director es el principal responsable de la revista y todo lo que esta implica. El editor determina la temática de cada número y evalúa la adecuación temática y la calidad de cada artículo que llega a la revista antes de enviarlo a evaluar. El/la asistente y el comité editorial se encargan de apoyar al editor con la revisión del material potencialmente publicable, así como de la asesoría en el nombramiento de los revisores externos. El diagramador es el responsable del diseño y formato de la revista, y el editor es el encargado de la versión final de cada número publicado de *Estudios de Filosofía*. Todos los cargos antes mencionados son ocupados bajo el principio de la libre voluntad de cada uno de los miembros.

### 3. Obligaciones y responsabilidades generales del director

El director es responsable de:

- 3.1. Trabajar por satisfacer las necesidades de los lectores y autores.
- 3.2. Tratar de mejorar constantemente la revista.
- 3.3. Tener procesos para asegurar la calidad del material publicado.
- 3.4. Defender la libertad de expresión.
- 3.5. El mantenimiento de la integridad del expediente académico.
- 3.6. Oponerse a las necesidades empresariales que comprometan los estándares intelectuales y éticos de la revista.
- 3.7. Estar siempre dispuesto a publicar correcciones, aclaraciones, retractaciones y disculpas, cuando sea necesario.

### 4. Relaciones con los lectores

A los lectores se les

- 4.1. Informará acerca de las fuentes de financiamiento, las investigaciones y si los financiadores tenían algún papel en la investigación y su publicación y, en caso afirmativo, cuál fue.
- 4.2. Garantizará que todos los informes publicados y revisiones de la investigación hayan sido revisados por evaluadores calificados.
- 4.3. Asegurará que las secciones no arbitradas de la revista estén claramente identificadas.
- 4.4. Informará las medidas adoptadas para garantizar que manuscritos de los miembros de la revista o consejo editorial reciban una evaluación objetiva e imparcial.

### 5. Relaciones con los autores

- 5.1. Las decisiones del editor de aceptar o rechazar un artículo para su publicación se basarán en la importancia del manuscrito, su originalidad y claridad, así como la validez del estudio y su relevancia para la revista.
- 5.2. El editor no revocará las decisiones del editor anterior de aceptar manuscritos para su publicación, salvo que se les identifique serios problemas.
- 5.3. *Estudios de Filosofía* hace una detallada descripción de los procesos de revisión por pares, y el editor justificará cualquier desviación importante de los procesos descritos.
- 5.4. *Estudios de Filosofía* tiene un mecanismo para que los autores apelen las decisiones editoriales, a través de la comunicación con el Comité editorial.
- 5.5. *Estudios de Filosofía* ha publicado una guía para los autores en la que se señala qué espera de sus manuscritos. Esta guía regularmente se actualiza y señala un vínculo para acceder a esta sección.

### 6. Compromisos del editor

El editor de *Estudios de Filosofía* se compromete a:

- 6.1. Orientar a los evaluadores en el proceso de evaluación, incluso en la necesidad de manejar el material evaluado con confidencialidad.
- 6.2. Exigir a los evaluadores que declaren los posibles conflictos de intereses antes de aceptar evaluar un manuscrito.
- 6.3. Contar con sistemas adecuados para asegurar que las identidades de los evaluadores estén protegidas.

- 6.4. Impulsar a que los revisores que comenten asuntos éticos y de la investigación, así como la posible mala conducta de publicación planteada en los manuscritos.
- 6.5. Estimular a los revisores para que comenten la originalidad de los manuscritos y a que estén atentos a si la publicación es redundante o constituye plagio.
- 6.6. Enviar, en su totalidad, los comentarios de los evaluadores a los autores, salvo que contengan términos injuriosos o difamatorios.
- 6.7. Reconocer la contribución de los evaluadores a la revista.
- 6.8. Monitorear el desempeño de los evaluadores y tomar medidas para garantizar que sean de alto nivel.
- 6.9. Desarrollar y mantener una base de datos de evaluadores idóneos y actualizarla con base en el desempeño del evaluador.
- 6.10. Dejar de contactar a los evaluadores que de manera recurrente hacen evaluaciones deficientes, descorteses o de baja calidad.
- 6.11. Utilizar una amplia gama de fuentes (no sólo los contactos personales) para identificar posibles nuevos evaluadores (por ejemplo, bases de datos bibliográficas).

## 7. Relaciones del editor con el Comité editorial

El editor de *Estudios de Filosofía* proporciona a los nuevos miembros del Comité editorial las directrices sobre todo lo que se espera de ellos y mantiene actualizados sobre las nuevas políticas y desarrollos a los miembros existentes. Además de esto el editor:

- 7.1. Tiene políticas establecidas para el manejo de los manuscritos de los miembros del Comité editorial para asegurarles una revisión imparcial.
- 7.2. Identifica miembros para comité editorial, debidamente cualificados, que puedan contribuir activamente al desarrollo y buena gestión de la revista.
- 7.3. Examina regularmente la composición del comité editorial.
- 7.4. Ofrece una orientación clara a los miembros del comité editorial acerca de sus funciones y deberes previstos, que incluyen: (1) actuar como embajadores de la revista, (2) apoyar y promover la revista, (3) buscar los mejores autores y trabajos, y fomentar activamente el envío de manuscritos, (4) revisar los envíos a la revista, (5) aceptar ser comisionados para escribir editoriales, críticas y comentarios sobre artículos en su área de especialización, (6) asistir y contribuir a las reuniones del comité editorial.
- 7.5. Consulta periódicamente a los miembros del comité editorial para conocer sus opiniones sobre la marcha de la revista, informarles cualquier cambio en sus políticas, e identificar los retos del futuro.

## 8. Procesos editoriales y de evaluación por pares

El editor de *Estudios de Filosofía* vela por:

- 8.1. Esforzarse por garantizar que la revisión por pares en la revista es justa, imparcial y oportuna.
- 8.2. Tener sistemas para asegurar que el material remitido para su publicación es confidencial durante el proceso de evaluación.
- 8.3. Toma todas las medidas razonables para asegurar la calidad del material publicado, reconociendo que las revistas y secciones dentro de las revistas tienen objetivos y normas diferentes.

## 9. Manejo de casos en que posiblemente se incurra mala conducta

- 9.1. El editor de *Estudios de Filosofía* tiene el deber de actuar cuando haya sospecha de mala conducta o cuando esta sea alegada. Esta obligación se extiende a los artículos publicados y no publicados.
- 9.2. El editor no rechazará simplemente los documentos que plantean dudas sobre posible mala conducta, está éticamente obligado a investigarlos.
- 9.3. El editor sigue los diagramas de flujo que el COPE sugiere para estos casos.
- 9.4. El editor solicitará primero una respuesta de quienes se sospeche que incurrir en mala conducta. Si no queda satisfecho con la respuesta, debe pedir a los empleadores respectivos, a la institución, o alguna instancia apropiada, como de la organización nacional de investigación integridad, que se adelante la respectiva investigación.
- 9.5. El editor deberá hacer todos los esfuerzos razonables para asegurar que la debida investigación de supuesta mala conducta se lleva a cabo. Si esto no ocurre, deberá hacer todos los esfuerzos razonables para persistir en la obtención de una solución al problema. En *Estudios de Filosofía* somos conscientes de que esto es un deber dispendioso, pero importante.

## 10. Fomento del debate académico

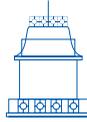
- 10.1. El editor promueve y está dispuesto a considerar para su publicación las críticas académicas a los trabajos publicados en esta revista.
- 10.2. Los autores de los trabajos criticados tienen la oportunidad de responder.
- 10.3. El editor está abierto a la investigación que cuestiona el trabajo anterior publicado en la revista.

## 11. Conflictos de intereses

- 11.1. El editor tiene formas para gestionar sus propios conflictos de intereses, así como los de autores, revisores y miembros del comité editorial.
- 11.2. *Estudios de Filosofía* tiene un proceso específico para el manejo de los manuscritos de los editores, profesores del Instituto de Filosofía o miembros del consejo del comité académico para asegurar una revisión imparcial.

Este código se realizó usando como base las guías que ofrece el Committee of Publication Ethics (COPE).

Última actualización: 10 de julio de 2020.



# Ethics guidelines

## 1. Introduction: focus and scope of *Estudios de Filosofía*

*Estudios de Filosofía* is the journal published by the Institute of Philosophy of the Universidad de Antioquia. It is an international peer-reviewed, open-access, electronic journal and adheres to the policy of double-blind peer review. Since its foundation in 1990, *Estudios de Filosofía* has been devoted to fostering the research in all fields of philosophy. The journal publishes papers in Spanish and English.

The purpose of publishing these code of ethics is to indicate the expectations of the journal and of the Institute of Philosophy regarding the publishing ethics, having as a referent the theme, focus and scope of the journal. This code presents basic ethical standards for authors and reviewers, and also points out schematically the functions and responsibilities of the editor.

## 2. Editorial Structure

*Estudios de Filosofía* is coordinated by one director, who at the same time coordinates the (general or guest) editor, the editorial assistant, the designer and the editorial team. The director is appointed by the director of the Institute of Philosophy. The director is the main responsible for the journal. The editor determines the theme of each issue and evaluates the thematic relevance and quality of each article submitted to the journal before sending it to review. The editorial assistant and the editorial committee support the editor by reviewing potentially publishable material, as well as by suggesting external reviewers. The designer is responsible for the style and format of the journal. Finally, the editor is in charge of the final version of each published issue of *Estudios de Filosofía*.

## 3. General Obligations and Responsibilities of the Director

The director is responsible for

- 3.1. Working to satisfy the necessities of both readers and authors.
- 3.2. Trying to improve constantly the journal.
- 3.3. Put in place processes to ensure the quality of the published material.
- 3.4. Defending free speech.
- 3.5. The integrity of the academic archive.
- 3.6. Opposing to mercantile tendencies that may compromise the intellectual and ethical standards of the journal.
- 3.7. Being always willing to publish corrections, clarifications, retractions and apologies when necessary.

#### 4. Relations with the readers.

Readers will be

- 4.1. Informed about the financial sources of the researches, whether the financiers had any role in the research and its publication and, if so, which one.
- 4.2. Guaranteed to have all the published reports and research revisions checked by qualified reviewers.
- 4.3. Assured that the non-reviewed sections of the journal are clearly identified.
- 4.4. Informed about the measures adopted to guarantee that the manuscripts by the members of the editorial committee receive an objective and unbiased evaluation.

#### 5. Relations with the Authors

- 5.1. The editor's decision concerning the acceptance or rejection of an article for its publication will be based on the quality of the manuscript, its originality and clarity, as well as its relevance for the journal.
- 5.2. The editor will not revoke the former editor's decision to accept manuscripts for their publication, unless serious problems were identified.
- 5.3. *Estudios de Filosofía* makes a detailed description of the peer-review processes, and the editor will justify any important deviation from the described processes.
- 5.4. *Estudios de Filosofía* has a mechanism for authors to appeal the editorial decisions, through communication with the editorial committee.
- 5.5. *Estudios de Filosofía* published guidelines for the authors where they can check what is expected from their manuscripts. These guidelines are regularly updated.

#### 6. Commitments of the Editor

The editor commits to:

- 6.1. Guiding the review process in order to guarantee the quality and integrity of it. For this purpose, the editor designed guidelines and a review format which will be periodically updated.
- 6.2. Requiring the reviewers to declare the possible conflicts of interests before agreeing to review a manuscript.
- 6.3. Having adequate systems to ensure the protection of the reviewer's identities.
- 6.4. Encouraging the reviewers to comment on ethical and research issues, as well as possible misconducts.
- 6.5. Prompting the reviewers to comment on the originality of the manuscripts and to be vigilant about redundancies or plagiarism in the publication.
- 6.6. Sending to the authors the totality of the reviewer's comments, unless they are injurious or defamatory.
- 6.7. Acknowledging the reviewer's contribution to the journal.
- 6.8. Monitoring the reviewer's performance in order to guarantee the quality of the review.
- 6.9. Developing and keeping a suitable reviewer database and updating it based on the reviewer's performance.
- 6.10. Avoiding the reviewers who regularly make poor, unkind or low-quality reviews.
- 6.11. Using a wide range of sources (not only personal contacts) to identify possible new reviewers (e.g. bibliographical databases).

## 7. Relations of the Editor with the Editorial Committee

The editor of *Estudios de Filosofía* provides the new members of the editorial committee with guidelines on everything expected from them and shares updates about new policies and developments with the existing members. In addition, the editor:

- 7.1 Has established policies for managing the manuscripts of the editorial committee members in order to ensure an unbiased review.
- 7.2 Identifies qualified members for the editorial committee who can actively contribute to the development and good management of the journal.
- 7.3 Regularly examines the conformation of the editorial committee.
- 7.4 Offers the members of the editorial committee a clear orientation about their expected duties and functions, including: (1) to act as ambassadors for the journal, (2) to support and promote the journal, (3) to search for the best authors and works, and actively encourage the submission of manuscripts, (4) to accept being commissioned to write editorials, critiques and commentaries on articles in their areas of expertise, (5) to assist and contribute to the editorial committee meetings.
- 7.5 Consults periodically the members of the editorial committee to know their opinions on the performance of the journal. The editor also informs them about any change on its policies and identifies challenges for the future.

## 8. Editorial and Peer-Review Processes

The editor of *Estudios de Filosofía* watches over

- 8.1 Making an effort to guarantee a fair, unbiased and timely peer review.
- 8.2 Having systems to ensure that the submitted material for publication is confidential during the review process.
- 8.3 Taking reasonable measures to ensure the quality of the published material, recognizing that the sections within the journals have different goals and norms.

## 9. Managing Cases of Possible Misconduct

- 9.1 The editor of *Estudios de Filosofía* has the duty to act whenever there is suspicion or report of misconduct. This applies to both published and unpublished articles.
- 9.2 The editor will not simply reject the documents that raise questions about possible misconduct, s/he is ethically obligated to investigate them.
- 9.3 The editor will follow the COPE guidelines for these cases.
- 9.4 The editor will first request an answer from those under suspicion of misconduct. If the answer is not satisfactory, an investigation must be solicited to the employers, institution, or the research agency.
- 9.5 The editor shall make all the reasonable efforts to ensure that a proper investigation of alleged misconduct is carried out. If this does not happen, the editor must make all the reasonable efforts to persist in obtaining a solution to the problem. In *Estudios de Filosofía* we are aware of the difficulty of this duty, but also of its importance.

## 10. Encouragement of Academic Debate

- 10.1 The editor promotes and is willing to consider for publication academic critiques of the works published in this journal.
- 10.2 The authors of the critiqued works will have the opportunity to reply.
- 10.3 The journal accepts papers that criticize previous publications of the journal.

## 11. Conflict of Interest

- 11.1 The editor has ways to manage his/her own conflicts of interest, as well as those of the authors, reviewers and members of the editorial committee.
- 11.2 *Estudios de Filosofía* has a specific process for managing the manuscripts by the editors, members of the Institute of Philosophy (UdeA) or members from the editorial committee, to ensure an unbiased review.

This code is based on the guidelines provided  
by the [Committee of Publication Ethics \(COPE\)](#)

(Last update: October 8, 2020)

# Estudios de Filosofía

## Presentación

5-12 Introducción: *Disease, illness, sickness*, perspectivas filosóficas sobre la enfermedad  
Agata J. Bąk, Andrés F. Contreras

## Artículos de investigación

13-34 Dolor y Sedimentación  
*Saulius Geniusas*

35-59 Ontología procesual de la enfermedad e identidad personal  
*Mariana Córdoba, Fiorela Alassia, Gonzalo Pérez Marc*

60-76 Cuerpo vivido y experiencia de la enfermedad: un enfoque fenomenológico  
*Xavier Escribano*

77-99 Metaphors Matter: Unraveling Three Essential Propositions  
*Diego Meza Gavilanes*

100-114 Commentary on “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology”  
by Lucienne Spencer and Matthew Broome  
*Leonor Irarrázaval*

115-136 Del autopercatamiento corporal a la experiencia de alteridad en el cuerpo:  
el caso de la somatoparafrenia  
*María Clara Garavito Gómez*

137-159 Desconexión de sí y distancia  
*Luis Fernando Cardona Suárez*

160-179 Neonatal pediatric suffering: limits of the phenomenology of suffering?  
*Róbson Ramos dos Reis*

180-200 Richir y el origen trascendental de la experiencia disociativa (*Spaltung*)  
*Bryan Francisco Zúñiga Iturra*

201-224 La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresalgia  
*Martín L. Vargas-Aragón*

## Reseña

225-230 Reis, R. (2022). *Câncer Infantil, Sofrimento e Transformação. Um ensaio fenomenológico*. Via Verita  
*Alejandro Rafael Laregina*

231-237 Aliseda, A., Calderón, C. M. y Villanueva, M (2022) *Filosofía de la medicina: discusiones  
y aportaciones desde México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto  
de Investigaciones Filosóficas  
*Alberto Guzmán Janeiro*

238-239 **Nota a los autores**

240-243 **Código de ética de publicación**

244-247 **Ethics guidelines**

