

**CERRAMIENTO DEL MUNDO SOCIAL:
UN ABORDAJE SOCIOFENOMENOLÓGICO DE LA EXPERIENCIA DE DOLOR
EN PRIMERA PERSONA**

BETY JULIEHT VELEZ RAMIREZ

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA
SANTIAGO DE CALI
MAYO, 2024**

**CERRAMIENTO DEL MUNDO SOCIAL:
UN ABORDAJE SOCIOFENOMENOLÓGICO DE LA EXPERIENCIA DE DOLOR
EN PRIMERA PERSONA**

200244210: BETY JULIEHT VELEZ RAMIREZ

Investigación presentada para optar por el título de Licenciada en Filosofía

Director:

Jhon Alexander Giraldo Chavarriaga

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA
SANTIAGO DE CALI**

MAYO, 2024

AGRADECIMIENTOS

Al mirar atrás y reflexionar sobre todo el camino que he recorrido hasta llegar a este momento, me doy cuenta de que no podría haberlo hecho sola. Este trabajo es el resultado de esfuerzos compartidos, de momentos de lucha, de aprendizaje, pero, sobre todo, de amor y apoyo incondicional.

A mi director, Jhon Alexander, no solo por su guía profesional, sino por haber creído en mí cuando yo misma dudaba de mis capacidades. Su paciencia, su comprensión y su sabiduría me han ayudado a enfrentar los desafíos más difíciles. Gracias por no solo ser un gran académico, sino también un gran ser humano, a quien admiro sinceramente. Mi crecimiento como persona y como estudiante se debe en gran parte a sus enseñanzas.

A mi familia, que es mi pilar, mi refugio y mi fuerza. Cada uno de ustedes ha jugado un papel único e irremplazable en este viaje. Gracias por brindarme su amor, por darme su confianza cuando más lo necesitaba, y por apoyarme en los momentos en que creí que no podría continuar. Este logro es tan suyo como mío, porque sin su aliento constante, sus sacrificios y su apoyo inquebrantable, no habría sido posible. Son mi motivación diaria, y por ustedes, cada página escrita tiene un significado más profundo. En especial, a Sandra, quién me ha enseñado el valor del esfuerzo, la importancia de la perseverancia, el amor incondicional y el carácter que sólo una mujer tan admirable puede inspirar. Nena, viéndote crecer y convertirte en un gran orgullo para mí, por compartir tu espacio, tu sabiduría y múltiples sonrisas en el día a día. Alba, Martha, Lupe, Adíela, Cristi, Laurita, mujeres admirables de mi familia, mi gran orgullo y soporte de donde he aprendido el significado de ser mujer y el orgullo de serlo.

A mi hijo, mi mayor fuente de inspiración. No hay palabras suficientes para expresar cuánto me ha enseñado tu amor. Aunque este proceso de investigación fue desafiante, tú me recordaste todos los días que, incluso en los momentos más difíciles, la verdadera razón de luchar es por ti. Gracias por tu paciencia, por entender cuando no podía estar a tu lado todo lo que quisiera, y por darme la fuerza para seguir adelante. Este logro tiene un significado aún más valioso porque lo comparto contigo. Te amo, Kevin Daniel.

A mis amigos, que son mi equilibrio y mi constante recordatorio de que la vida no solo se mide en logros académicos. Gracias por ser la luz en los momentos más oscuros, por ofrecerme un espacio para respirar y reír cuando la carga se volvía demasiado pesada. Ustedes son el refugio donde encontré la serenidad en medio del caos, y el recordatorio de que siempre hay un motivo para seguir adelante. En especial a ti, David Estrada Flores, mi mayor interlocutor en esas largas jornadas de redacción y reflexión constante, por cada palabra y cada sugerencia, por quedarte hasta el final en esta etapa de mi vida, enseñándome el valor de la paciencia, la importancia de ser escuchada con atención e interés, por un horizonte que se extiende a lo ancho del mar y que nunca morirá mientras tenga memoria.

A todas las personas que, aunque a veces no lo sepan, dejaron una huella en este trabajo. A aquellos que me ofrecieron una palabra de apoyo, una idea, un consejo, o simplemente su tiempo. Cada gesto, por pequeño que fuera, me impulsó a dar lo mejor de mí. Agradezco profundamente a quienes hicieron parte de este proceso, pues este trabajo es también un reflejo de sus contribuciones. A ti, Rafael, por enseñarme lealtad y ternura con cuatro patitas y una cola.

Y finalmente, a mí misma. Porque este camino no fue fácil, ni siempre claro. Hubo días de incertidumbre, de agotamiento, de preguntas sin respuesta, pero también de aprendizajes que no habría obtenido de otra manera. Gracias por no rendirme, por seguir adelante cuando todo parecía en contra. Este logro es también el testimonio de la fuerza interna que a veces olvidamos tener.

A todos ustedes, mi más sincero y eterno agradecimiento. Este trabajo no es solo un reflejo de lo que he aprendido, sino de lo que he vivido, de lo que me ha dado cada uno de ustedes.

Resumen: Este proyecto explora el fenómeno de dolor y cerramiento del mundo social (CMS) en el síndrome de fibromialgia (SFM) desde un análisis sociofenomenológico de acceso al dolor en primera persona. Para ello, se expondrán algunos aspectos conceptuales sobre el mundo social (MS) a partir de los aportes sociofenomenológicos de Alfred Schütz, Peter L. Berger y Thomas Luckmann. Posteriormente, se realizará un análisis de la construcción social de la enfermedad y un análisis sociofenomenológico del dolor a través de las reflexiones de Georges Canguilhem, Ian Hacking y Martin Heidegger. Finalmente, se desplegará una caracterización y un análisis sociofenomenológico del cerramiento del mundo social CMS en el síndrome de fibromialgia SFM en la extensión de sus fases (precrisis, crisis y postcrisis) bajo los enfoques de Maurice Merleau-Ponty y Søren Kierkegaard en coherencia con la narrativa del enfoque propuesto.

Palabras clave: Berger, Canguilhem, dolor, enfermedad, fibromialgia, Hacking, Heidegger, Kierkegaard, Luckmann, Merleau-Ponty, sociofenomenología, Schütz.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	16
SOBRE LAS CATEGORÍAS DEL MUNDO SOCIAL EN LA SOCIOFENOMENOLOGÍA	16
1. 1 Preliminar sobre la sociofenomenología	16
1.2 Mundo social	19
1.3 Mundo social e intersubjetividad	22
1.4 Mundo social y significatividad	23
CAPÍTULO II	26
CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD: FIBROMIALGIA UNA ENFERMEDAD HUÉRFANA	26
2.1 Un acercamiento panorámico al concepto de enfermedad	27
2.2 Enfermedad y sujeto	38
2.3 Enfermedad y sociedad	39
2.4 Construcción social de la enfermedad	41
2.5 Construcción social de la fibromialgia	47
2.5.1 Aspectos clínicos	47
2.5.2 Aspectos socio-afectivos	51
CAPÍTULO III	57
SOCIOFENOMENOLOGÍA DEL DOLOR FÍSICO: ACCESO AL DOLOR EN PRIMERA PERSONA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOFENOMENOLÓGICA	57
3.1 Preliminar sobre el dolor	58
3.2 Acceso al dolor en primera persona desde una perspectiva sociofenomenológica	69
CAPÍTULO IV	77
CARACTERIZACIÓN SOCIOFENOMENOLÓGICA DE CERRAMIENTO DEL MUNDO SOCIAL PRECRISIS, CRISIS Y POSCRISIS DE FIBROMIALGIA Y DOLOR LÍMITE EXTREMO	77
4.1 Abordaje sociofenomenológico del cerramiento del mundo social	78
4.2 Precrisis, crisis y poscrisis de fibromialgia y dolor crónico	80
4.3 Desapropiación corporal como consecuencia del cerramiento del mundo social parcial o no permanente (CMSP).	85
4.4 Replanteamiento de la existencia y resignificación de la experiencia límite de dolor severo.	89
CONCLUSIONES	5
BIBLIOGRAFÍA	10108

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva fenomenológica, el dolor físico puede entenderse como una experiencia netamente privada, un hecho que acontece de manera íntima y corporal en una persona o sujeto. Si bien es cierto que, el dolor es sentido por otros, éste es en cada individuo exclusivo y jamás compartido. En estos términos, el dolor carece de objetividad alguna, éste es subjetivo. El dolor puede llegar a convertirse en una experiencia que, de acuerdo con su intensidad, reduce el Mundo Social (MS) de quien lo padece y le deja en un estado de aislamiento en su propia subjetividad. Lo dicho implica que, la relevancia, la significación, el sentido, la importancia, la representación de mundo para quien padece dolor, pierde interés y carece de sentido de acuerdo con la severidad del dolor experimentado, inclusive puede llegar al punto de perder toda noción de éste, de intersubjetividad, de temporalidad y conciencia de la alteridad. El dolor puede llevar a una alta conciencia de sí y una nula conciencia del mundo, considerando éste como una saturación total de la conciencia del sujeto que puede ocasionar una reducción de las posibilidades de quién padece, porque su capacidad de atención, interés y enfoque se encuentran plenamente dispuestas a una sola experiencia, el dolor límite de sufrimiento extremo. Éste, puede entenderse, como una prisión de la propia subjetividad que nulifica la capacidad de comunicación y relación con todo aquello que se escapa del espacio corporal propio, que se reduce al sufrimiento como única realidad que puede ser experimentada y de ninguna manera compartida. Lo anterior, lo defino en esta investigación Cerramiento de Mundo Social (CMS) como propuesta conceptual innovadora, pertinente para el análisis sociofenomenológico del dolor. Este, no se reduce a su componente físico-biológico, sino que desde la sociofenomenología se pretende resaltar de forma integral todos sus componentes constitutivos, entre estos, el social y el afectivo como parte fundamental de la experiencia de dolor en los seres humanos.

El dolor, en la definición revisada por el Subcomité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP 2018, 1976-1982) es “[u]na experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, un daño tisular real o

potencial.”¹. Lo anterior, se hace comprensible en tanto que “es de preferencia estar sin dolor o no experimentarlo”. Esta experiencia es subjetiva, privada, íntima, porque es contradictorio pensar que una persona tiene un dolor que no siente. Se puede señalar el fenómeno nocivo, entiéndase éste como el proceso que daña o puede dañar los tejidos corporales, causando posibles lesiones de tipo somático o visceral (Zegarra 2007, 105) que alguien puede padecer. Ya sea, un corte en la mano, un fuerte golpe en el pie, la ingesta de un líquido venenoso, la inhalación de un gas altamente contaminante o una quemadura en el dedo y, a partir de esa observación, inferir que es posible que experimente una sensación de dolor.² Lo que no se debe hacer es confundir el fenómeno nocivo con la experiencia de dolor, porque no son equivalentes, ni son experimentados por todos los seres sensibles de igual manera e intensidad. Por otra parte, el dolor se entiende desde el cuerpo, es decir, parece que a todo dolor le subyace una experiencia física. Esto indica que, el dolor como experiencia sensible se percibe o se experimenta en el cuerpo físico, ya sea en una parte específica o varias localizaciones. Es cierto que existe el Síndrome del Miembro Fantasma³, pero éste efectivamente es la memoria de una parte o extremidad específica del cuerpo. Por lo tanto, sin el cuerpo en su conjunto sería improbable la sensación dolorosa, porque el dolor no se reduce de manera exclusiva a la mente, necesita del cuerpo como transmisor de información; al menos, en casos puntuales nocivos, aunque no se reduce a la experiencia sensitiva o nociceptiva. El dolor es también una experiencia emocional, porque con frecuencia la reacción que deviene de él es negativa, de malestar, se genera una disposición de ánimo ante la sensación de dolor.

¹ En la definición revisada el IASP incluye las siguientes notas adicionales que amplían la comprensión del concepto de dolor:

- El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales.
- A través de sus experiencias de vida, los individuos aprenden el concepto de dolor.
- Se debe respetar el relato de una persona sobre una experiencia dolorosa.
- Aunque el dolor suele cumplir una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
- La descripción verbal es sólo uno de varios comportamientos para expresar dolor; la incapacidad de comunicarse no niega la posibilidad de que un humano o un animal no humano experimente dolor. (N. Raja, B. Carr, Cohen, B. Finnerup, Herta Flor, Gibson, Keefe, S. Mogil, Ringkamp, A. Sluka, Song, Stevens, Sullivan, Tutelman, Ushida, Vader 2018, 1976-1982).

² Esto hace referencia a la nocicepción, proceso neuronal que codifica los estímulos potencialmente nocivos de tipo sensitivo (aférente) del sistema nervioso central y periférico, a través de las terminaciones nerviosas desnudas (libres) que comúnmente se reconocen como receptores del dolor o nociceptores. Los estímulos pueden ser de tipo químico, mecánico, térmico, etc. (BVS biblioteca virtual en salud 2012)

³ El Síndrome del Miembro Fantasma es la sensación de que posteriormente a una amputación de las extremidades, éstas se perciban como si continuaran allí, sintiendo como antes, hormigueos, entumecimiento, temperatura y dolor, entre otras sensaciones. (MedlinePlus en español 2019)

El dolor como experiencia es, evidentemente, uno de los temas que más relevancia ha ganado en el ámbito filosófico en un intento por consolidar un sistema lingüístico proposicional con la capacidad de reunir todas las variables bajo un orden que pueda ser comprendido. De aquí, la necesidad de una hermenéutica que permita fijar significado a la experiencia de dolor en la obtención de dispositivos que faciliten la comprensión, la tolerancia, la reducción y el acompañamiento a quien padece. La filosofía sociofenomenológica presenta todo un abanico de nuevas y diferentes posibilidades de abordar la conciencia, la percepción, la intencionalidad, la temporalidad de la vivencia personal, la experiencia y, por supuesto, la corporalidad y el dolor. Desde esta perspectiva, se observa la importancia que denota el cuerpo al ser posibilidad de inclusión en el mundo y de primer contacto con éste, además, de ser una vía fundamental para la percepción y, por lo tanto, un medio primario de acceso al conocimiento. En estos términos, el cuerpo es un mecanismo de comunicación que recibe información y, a la vez, emite información en relación con el entorno. De tal manera, quien padece dolor de tipo severo puede encontrarse abstraído a su propio cuerpo como única herramienta de comunicación. El dolor se entiende, no como algo que tiene el sujeto (o cuerpo) que lo experimenta, sino como algo que el sujeto es. Esta perspectiva, ofrece una visión más amplia de la experiencia de dolor que no se limita al aspecto netamente anatómico o del abordaje específicamente clínico, sin restarle importancia. Por el contrario, entender la experiencia de dolor, no como, una propiedad del sujeto que lo padece o algo que el sujeto tiene (posee), sino como, única posibilidad de ser en el MS para quién afronta una crisis o un brote de dolor extremo. Esto posibilita un acercamiento al sujeto que padece dolor, al menos a la comprensión de sus estados de ánimo, sus cambios repentinos de comportamiento, la incapacidad de comunicarse, la dificultad para entablar relaciones interpersonales con la alteridad y de crear vínculos. Puesto que en la fase extrema (severa) de dolor, éste podría quedar aislado a su propia realidad de sufrimiento y conciencia de sí, desvinculado de su ser social, de su estar en el MS y rezagado a ser desde el dolor. El dolor es, en este sentido, la experiencia superior que sobrepasa cualquier otro tipo de sentimiento, emoción, sensación, percepción, conocimiento y, en general, cualquier otra dimensión de su ser.

Para comprender lo anterior, recurra a la memoria del dolor más fuerte que haya podido experimentar. Piense el tiempo de duración, la parte del cuerpo en el que se presenta, si estaba ligado a un fenómeno nocivo, si era punzante, caliente, lacerante, si se desplazaba, si era un dolor sordo o palpitante. Al recordar ese gran dolor experimentado, en las condiciones nombradas, pregúntese:

¿recuerda qué sensación o sentimiento fue más potente que dicho dolor experimentado y su deseo de eliminarlo? Ahora, imagine una persona que tiene experiencias de dolor de una magnitud similar de manera frecuente, no predecible. Además, experiencias que no están ligadas al dolor, las percibe como dolorosas (abrazar, cobijarse, voltearse al dormir, comer, acariciar) o simplemente que el dolor aparezca sin daño real ni potencial en cualquier momento o circunstancia, a propósito de nada y sin ningún sentido. Por lo tanto, en el presente trabajo se aborda esta problemática filosófica de la siguiente manera: En el capítulo I se busca introducir al lector en el concepto de Mundo Social (MS) y sus categorías, éstas son la Intersubjetividad y la Significatividad abordadas desde los lineamientos de la sociofenomenología filosófica propuesta por Alfred Schütz (1899-1959)⁴, su pertinencia en el presente proyecto de investigación se centra en la estructura de la experiencia social, desde la cual, los sujetos interpretan y dan sentido al mundo que les circunda. Así pues, las relaciones sociales y las interacciones afectan la forma en que los sujetos pueden tener experiencia y comprender el dolor, puesto que éstos, construyen la realidad social a través de la interpretación intersubjetiva. Lo anterior significa que nuestra forma de tener experiencias se encuentra moldeada por la manera en que nos relacionamos y cómo entendemos a los otros semejantes en nuestro entorno social. Es así como la sociofenomenología es apropiada para explorar la experiencia de dolor porque la forma en que lo

⁴ Nació en Viena el 13 de abril de 1899, en el seno de una familia de origen judío. Estudió Derecho y Economía con maestros como Hans Kelsen y Ludwig von Mises. Frecuentó el círculo cultural dirigido por von Mises, donde se discutían temas epistemológicos y metodológicos acerca de las *Naturwissenschaften* (ciencias de la naturaleza) y *Geisteswissenschaften* (ciencias del espíritu). En este círculo inició el estudio de la obra principal de Max Weber aparecida en 1922 con el título de "Wirtschaft und Gesellschaft". A partir de 1925 se auto-impone la tarea de fundamentar epistemológicamente los conceptos enunciados por Weber en su teoría de la sociedad y empleados en su metodología comprensiva que -a su juicio- son válidos, pero están insuficientemente justificados. De esos años datan sus primeros manuscritos, animados por el afán de encontrar una síntesis entre la ciencia social y la filosofía. Como señala Arvid Brodersen: "Schutz aprendió pronto una lección que luego continuó enseñando hasta el fin de sus días: la de que es necesario que toda teoría social tenga un fundamento filosófico" Desde 1928 comienza a estudiar los escritos de Husserl y en ellos encontró los elementos conceptuales que le permitieron encauzar la línea de estudio que le interesaba. A raíz de la aparición del primer libro de Schutz Husserl le dirigió una carta fechada 03 d de mayo de 1932 comentando que lo ha impresionado como un fenomenólogo serio y competente y admite que: "...es uno de los pocos que han penetrado hasta su significado más profundo la obra de mi vida -cuyo acceso es, infortunadamente, tan difícil- y que promete continuarla como representante de la genuina *philosophia perennis*, la única que puede constituir el futuro de la filosofía". Acto seguido Husserl lo invitó a integrar su equipo de colaboradores y poco después le propuso convertirse en su asistente. Aunque Schutz declinó el ofrecimiento, desde entonces viajó asiduamente a Friburgo y mantuvo constante correspondencia con el maestro. Schutz se encontraba en París cuando se produjo la invasión de Austria por el ejército alemán. En julio de 1939, se trasladó a Nueva York. A fines de 1942 se integró a la New School for Social Research, de Nueva York, dedicándose a la enseñanza de postgrado en los departamentos de filosofía y sociología, donde logró conformar un núcleo de competentes fenomenólogos entre los que se contaba su antiguo amigo y colaborador Aaron Gurwitsch. En 1957 comienza a bosquejar el plan del libro que debía sistematizar su pensamiento. Debido a su deteriorada salud escogió a un discípulo destacado: Thomas Luckmann, para escribir el texto definitivo, paralelamente había acordado con otro discípulo: Maurice Natanson, la compilación de sus artículos más relevantes, reunidos en los *Collected Papers I*. Por la misma época Arvid Brodersen se hizo cargo de compilar los *Collected Papers II*. El intervalo de veinticinco años entre su último libro y la publicación del primero fue de continua maduración en su incesante búsqueda de una fundamentación filosófica de las ciencias sociales que no se interrumpió a pesar de los cambios de país, de entorno cultural y de idioma. En treinta años de ardua labor Schutz logró resultados que recién están siendo sopesados. (Toledo Nickels 2003, 5).

percibimos y lo comunicamos puede estar influenciada por las expectativas sociales, las normas culturales y la correspondencia de significado que se presenta en las interacciones con los otros.

En el capítulo II se analizará la construcción social de la enfermedad, enfocándose principalmente en el Síndrome de Fibromialgia (SFM). Desde un acercamiento general al concepto de enfermedad se analizarán dos términos que históricamente han servido para referirse a ésta, aunque hayan sufrido cambios en su significado en el transcurso del tiempo. Estos son: *patología* y *nosología*. Después, se realiza una revisión de dos de los diferentes enfoques del concepto de enfermedad, el anatómico y el fisiológico, que, aunque, importantes y útiles, tienden a ignorar los factores sociales, culturales, subjetivos y afectivos del sujeto como ser humano integral. La pretensión de este texto es lograr una comprensión más humana e intersubjetiva de la enfermedad como construcción social, integrando los componentes físico-biológicos, sin despreciar la importancia de los componentes socioculturales y afectivos del individuo. Para ello, se abordan las ideas de Alfred Schütz en torno a la constitución del mundo como campo de acción de los sujetos, donde estos tienen experiencias que son corregidas o justificadas en una correspondencia de significado compartido, que es base fundamental de la construcción social del mundo, entendiendo este no sólo como una realidad objetiva, sino también, como una esfera de significatividad y sentido. La enfermedad como construcción social se presenta dentro del ámbito simbólico, esta hace parte de la realidad que no se limita a sus componentes naturales objetivos, sino también, al campo de lo interpretado. Esta idea se desarrolla a partir de los aportes teóricos de Peter L. Berger (1929-2017)⁵ y Thomas Luckman(1927-2016)⁶, quienes afirman que la realidad se mantiene mediante el dialogo,

⁵ Peter L. Berger (1929-2017). Profesor de la Universidad de Boston y director del Institute for the Study of Economic Culture de la misma universidad. El profesor Berger es uno de los sociólogos más conocidos e influyentes de la segunda mitad de este siglo. Su extensa obra comprende, entre otros, estudios sobre la sociología como disciplina (Invitation to Sociology, 1963; Sociology: A Biographical Approach, con Brigitte Berger, 1975); sobre sociología del conocimiento (The Social Construction of Reality, con Thommas Luckmann, 1966); sobre sociología del trabajo (The Human Shape of Work, 1964); sobre sociología de la religión (A Rumor of Angels, 1969; The Sacred Canopy, 1969; The Heretical Imperative, 1979; A Far Glory, 1992); sobre políticas públicas (To Empower People, con Richard John Neuhaus, 1977); sobre cultura económica y desarrollo (Speaking to the Third World, con Michael Novak, 1985; The Capitalist Revolution, 1987); y sobre modernización y cultura (The Homeless Mind, 1973; Pyramids of Sacrifice, 1975); Redeeming Laughter: The Comic Dimension of Human Experience (Nueva York: Walter de Gruyter, 1997). Varios trabajos suyos han sido publicados en Estudios Públicos; entre otros, “El pluralismo y la dialéctica de la incertidumbre”, “Potenciar al ciudadano: El rol de las estructuras intermedias en las políticas públicas”, “Cultura y desarrollo económico”, “El matrimonio y la construcción de la realidad”. (Cousiño, Fontaine y Sierra 1998, 5).

⁶ Nacido en 1927 en Jesenice (Eslovenia), cursó estudios en Viena e Innsbruck antes de emigrar a los Estados Unidos. En la New School for Social Research de Nueva York fue discípulo de Alfred Schütz y Karl Löwith, obteniendo en 1953 la licenciatura en filosofía y tres años más tarde el doctorado en sociología. En 1965 fue nombrado catedrático de la Universidad de Fráncfort y en 1970 pasó a ser catedrático de Sociología en la

especialmente de las conversaciones de los actores sociales en el transcurso de la vida cotidiana, una realidad social que se alimenta se nutre y va transformándose continuamente. Para abordar estas diferentes interpretaciones del concepto de enfermedad a lo largo de la historia de la medicina, partiremos de las reflexiones de Georges Canguilhem (1904-1995)⁷. Quien comprende la salud y la enfermedad como condiciones normativas que dependen de la relación que tiene el sujeto con su medio ambiente (interno y externo). Desde su interpretación construccionista, toma distancia de las interpretaciones puramente mecanicistas y objetivistas del cuerpo humano. Por lo anterior, siguiendo a Canguilhem, se presentan dos perspectivas distintas en la interpretación de la enfermedad. Desde la ciencia médica, (anomalías y alteraciones anatómicas y fisiológicas) que es principalmente comprendida y estudiada bajo criterios de tipo positivista y desde la conciencia del individuo, que refiere principalmente a las perturbaciones de tipo fisiológico que se presentan al individuo en la sintomatología subjetiva. Es decir, se manifiestan en la experiencia de lo anormal en el sujeto enfermo, que no necesariamente coincide con los parámetros de normalidad establecidos desde la ciencia médica como norma general. Pues dichos parámetros pueden variar de un individuo a otro, representando enfermedad en algunos sujetos, pero no en otros. Posteriormente, se describe el carácter social de la enfermedad desde su componente relacional entre los distintos observadores. El observador científico (medico), el observador objetivo (paciente) y a modo complementario sugiero, además, un tercer observador, el entorno social primario y no primario (familia, amigos, vecinos, etc.). Pertinentes en la comprensión del concepto de enfermedad en una sociedad, porque la construcción social de la enfermedad parte de un esquema de significatividad compartido que viene dado desde unos parámetros culturales, geográficos, políticos, históricos y económicos. No obstante, la construcción de cada enfermedad es distinta y refiere toda una interpretación que le da un sentido y un significado particular. En este texto, se desarrollará específicamente la construcción social del

Universidad de Constanza, donde permaneció hasta su jubilación en 1994. El amplio campo de investigación de Luckmann tiene como denominador común la idea de la construcción social de la realidad, desarrollada junto con Peter L. Berger. Entre sus obras cabe destacar *La religión invisible* (1967, 1991), *Teoría de la acción social* (1992) y, con el mismo Berger, *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido* (1995). (Knoblauch y Raab 2008, 107).

⁷ Georges Canguilhem (1904-1995) estudió Letras antes de cursar sus estudios de medicina, cosa que hizo mientras enseñaba filosofía, doctorándose en aquella con su tesis *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Profesor de la Facultad de Letras de la Sorbona, Canguilhem sucedió a Gaston Bachelard (1884-1962) al frente del Institut d'Histoire des Sciences et de Techniques de la Universidad de Paris (1959) y ha dirigido la revista *Talés*. Sus artículos, conferencias y libros tienen una repercusión de primer orden en el pensamiento francés contemporáneo, desde la postguerra hasta el presente. En un artículo publicado en *L'Arc* (1977) François Chatélet equipara el magisterio filosófico de sus investigaciones al ejercido por Jean Hipolite, Emile Benveniste o George Dumézil. El magisterio de Canguilhem se revela en los conceptos, métodos y posiciones metodológicas de filósofos como Foucault o Althusser; de historiadores como Dagognet, M. de Certeau, C. Limoges, J. Piquemal o F. Jacob; de epistemólogos como los ligados al autor de *Lire le Capital* (E. Balibar, P. Macherey, D. Lecourt, M. Fichant, M. Pécheux, A. Badiou) o a las matemáticas (M. Serres); en fin, a instituciones como el Cercle d'Epistemologie de L'Ecole Normal Supérieure (Paris) o el mismo Institut d'Histoire des Sciences et Techniques. (Vázquez-García 1984, 7).

Síndrome de Fibromialgia (SFM), exponiendo de manera directa las consecuencias desfavorables para quienes son diagnosticados con esta enfermedad. Aquí se desarrolla ampliamente la consecuencia de tipo externo, nombrada *percepción negativa*. Dejando la consecuencia de tipo interno, como Cerramiento de mundo social (CMS) para un abordaje extenso en el capítulo IV de este proyecto de investigación. Finalmente, la percepción negativa asociada a la construcción social del SFM, se abordará a partir de las ideas de Ian Hacking (1936-2023).⁸ Para quien los conceptos sociales, las clasificaciones, las etiquetas y categorías, principalmente en el ámbito de las ciencias humanas, no sólo describe fenómenos, sino también, tienen la capacidad de interactuar (influir e intervenir) con la manera en que las personas se reconocen y se interpretan a sí mismas, de tal manera que, esto influye fuertemente en sus comportamientos. En el caso concreto de la enfermedad, el diagnóstico médico y la manera en que se etiqueta o clasifica, no sólo describe la realidad biológica, también contribuye a moldear la experiencia subjetiva de las personas diagnosticadas, además de influir significativamente en la forma como la sociedad en general las percibe.

El capítulo III, explora la experiencia de dolor físico desde una perspectiva sociofenomenológica, en la cual, se nombran dos enfoques diferentes del concepto de dolor: un enfoque integrador que considera tanto los aspectos físico-biológicos como socioafectivos del dolor, y un enfoque naturalista que considera el dolor como un mecanismo de defensa frente a las adversidades del entorno. El enfoque integrador, que hace hincapié en la disposición afectiva, será el abordado en esta investigación, para analizar cómo las emociones y estados de ánimo influyen en nuestra relación e interpretación del mundo. Lo anterior, se desarrollará siguiendo las ideas del filósofo Martin Heidegger (1889-1976)⁹, en torno a su planteamiento sobre la disposición afectiva,

⁸ Ian Hacking fue un filósofo canadiense cuyos análisis históricos de las ciencias naturales y sociales, así como de las matemáticas, influyeron en el discurso filosófico de los siglos XX y XXI. Creció en Vancouver, estudió en la Universidad de Columbia Británica y en la Universidad de Cambridge, y luego enseñó filosofía en distintas instituciones. A diferencia de la mayoría de los filósofos analíticos, Hacking utilizó la historia como lente para entender los conceptos modernos. Sus obras abarcaron una amplia gama de temas, como la filosofía de la ciencia, las matemáticas y el lenguaje. En sus libros *Logic of Statistical Inference* (1965) y *The Emergence of Probability* (1975), examinó los principios fundamentales de la estadística y el desarrollo histórico de la teoría de la probabilidad, mostrando cómo la estadística y la probabilidad han transformado nuestra concepción de los acontecimientos naturales y de la realidad en general. Hacking argumentó que vivimos en un universo de azar y que todo lo que hacemos ocurre dentro de un discurso de probabilidades. También sugirió que la accesibilidad de la estadística y la probabilidad a lo largo de los siglos hizo evidentes patrones de comportamiento humano que antes pasaban desapercibidos. (Cantara, A 2024, 1-3).

⁹ Martin Heidegger nació en 1889 en Messerkirch, Alemania, y fue uno de los filósofos alemanes más destacados de su tiempo. Creció en un ambiente católico en Baden y adquirió conocimientos sólidos de filosofía tradicional, especialmente de San Agustín, el neoplatonismo y Duns Escoto. Estudió en la Universidad de Friburgo, bajo la dirección de Heinrich Rickert y Edmund Husserl, y se convirtió en Privat-Dozent en 1916. En esta época, comenzó a trabajar en su tesis doctoral sobre la teoría del juicio en el psicologismo y luego sobre las categorías y los

expuestas en su obra *el Ser y el Tiempo*. Este enfoque es valioso porque permite comprender cómo las emociones y los estados afectivos configuran nuestra relación con el mundo e influyen en nuestra interpretación y elaboración de significados. La disposición afectiva (*Befindlichkeit*) es fundamental en esta estructura, ya que determina cómo el *Dasein* comprende y tiene experiencia del mundo a través de sus templos de ánimo. El dolor, desde la disposición afectiva, altera radicalmente la forma en que el *Dasein* se percibe a sí mismo y se relaciona con el entorno, destacando su vulnerabilidad y finitud. Posteriormente, se presenta una clasificación personal de las distintas facetas del dolor identificadas en el transcurso de esta investigación monográfica. Para terminar, se cierra con la presentación de un caso concreto de estudio, mi autobiografía, donde analizaré cómo el contexto social, cultural y clínico ha influido en la construcción del significado e interpretación de la experiencia de dolor tras ser diagnosticada con SFM. El dolor es abordado desde dos perspectivas: una negativa, desde la cual, se presentan algunas de sus consecuencias desfavorables. Entre estas, el sufrimiento físico y moral, causa del Cerramiento del Mundo Social (CMS) en momentos de crisis o poscrisis, el consumo y abuso de sustancias analgésicas de forma desproporcionada sin un adecuado manejo clínico y la discriminación, el aislamiento y el juicio social. La perspectiva positiva, se presenta como una oportunidad para replantearse la existencia en las etapas precrítica y proscritica del dolor. Esta será abordada a partir del concepto de *bio-bucle* de Ian Hacking y la transfiguración de paciente a agente en la experiencia de dolor en primera persona asociado al diagnóstico de SFM.

En el capítulo IV, se presenta el Cerramiento del Mundo Social (CMS) como una propuesta conceptual innovadora de mi autoría personal. Desde una perspectiva sociofenomenológica, se sitúa la reflexión en el marco del Mundo de la Vida (MV) y su

significados de Duns Escoto. Durante estos años, Heidegger también se interesó en la historia de la lógica y en interpretar la historia de la ontología. En 1923, se convirtió en profesor en Marburgo y comenzó a redactar su obra fundamental, "Ser y tiempo", cuya primera parte se publicó en 1927. En este libro, Heidegger plantea la pregunta sobre el sentido del ser y explora la ontología desde la perspectiva de la existencia humana. Argumenta que solo el ser humano, capaz de comprender el ser, puede responder esta pregunta, lo que conduce a su concepto de "ontología fundamental", centrada en la experiencia humana. Heidegger introduce la distinción entre la existencia auténtica e inauténtica y resalta que el ser humano vive en el mundo en constante relación con su entorno, siendo la temporalidad el aspecto central de su ser. A pesar del impacto de "Ser y tiempo", Heidegger no publicó su segunda parte. Su influencia creció no solo en Europa, sino también en Hispanoamérica. Aunque Heidegger fue rector de la Universidad de Friburgo brevemente durante el régimen nazi, su vida pública se redujo y sus publicaciones se volvieron escasas en los años siguientes, centradas en temas como la poesía y la verdad. (Salmerón 2008, 70-73).

relación con el Mundo Social (MS). Partiendo de las teorías de Schütz y Luckmann, se propone una comprensión del MV como el escenario donde ocurren las experiencias y se constituyen las estructuras de significatividad que conforman tanto la esfera natural como la social. Este texto profundiza en cómo el MS se estructura y evoluciona a través de la interacción simbólica y las experiencias compartidas, afectando tanto a los individuos como al entorno en el que interactúan. El CMS describe la forma en que las experiencias límite, tales como el sufrimiento físico o psicológico extremo, impactan la capacidad del individuo de interactuar con su realidad social. Se proponen dos modalidades de CMS: el *cerramiento definitivo* (CMSD) y el *cerramiento parcial* (CMSP), y se exploran tanto las consecuencias negativas, entre estas, el sufrimiento y el aislamiento social, como las posibles consecuencias positivas, principalmente, la resignificación existencial. De esta forma, el presente análisis pretende ofrecer una nueva herramienta teórica que permita entender cómo las experiencias humanas extremas afectan la participación del sujeto en el mundo social, modificando sus interacciones y, en algunos casos, transformando su perspectiva sobre la vida misma.

Posteriormente, se examina la compleja dinámica del dolor físico severo asociado con la fibromialgia y las fases de precrisis, crisis y poscrisis, destacando su impacto en el concepto de CMSP. La experiencia de dolor severo no solo afecta al cuerpo en su dimensión biológica, sino que trasciende hacia un fenómeno integral que incluye aspectos psicológicos, emocionales y existenciales. Siguiendo la perspectiva de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961)¹⁰, se aborda la noción del cuerpo vivido y la subjetividad encarnada para entender cómo la experiencia del

¹⁰ Filósofo francés que nació en Rochefort-sur-Mer en 1908 y murió en París en 1961. Estudió en la École Normale Supérieure y enseñó en varios institutos provinciales antes de convertirse en profesor en la Sorbona y en la École Normale. Durante la Segunda Guerra Mundial, participó activamente en la Resistencia y colaboró estrechamente con Jean-Paul Sartre y Simone de Beauvoir en el ámbito político y cultural, formando parte del comité de dirección de Temps modernes. Sin embargo, su colaboración con Sartre se vio afectada por diferencias en sus ideas políticas, ya que Merleau-Ponty criticó firmemente el pensamiento de Sartre. A lo largo de su carrera, Merleau-Ponty evolucionó desde una posición de izquierda radical hacia una postura reformista. Sus obras políticas más importantes son Humanismo y terror y Las aventuras de la dialéctica. Estas obras reflejan la evolución de su posición política a lo largo de los años. El pensamiento del autor ha tenido una gran influencia en Francia y se caracteriza por su enfoque fenomenológico-existencialista, su apertura al marxismo en política y al psicoanálisis, a la "Gestaltpsychologie" y a las corrientes teóricas de la psicología contemporánea. También interpreta a Husserl de una forma no puramente logicista. En términos políticos, sostiene que la meta de la historia es la justicia y que esta se logra a través de un proyecto concreto de futuro que se desarrolla en la convivencia social. Otras obras destacadas, además de las ya citadas, son La estructura del comportamiento (La Structure du comportement, 1942), Fenomenología de la percepción (La Phénoénologie de la perception, 1945), Sentido y sin sentido (Sens et Non-Sens, 1948), Éloge de la philosophie (1953) y Lo visible y lo invisible (Le Visible et l'Invisible, 1964). Sus intereses culturales, vivos y muy diversos, le permitieron intervenir de forma estimulante en los temas más variados, relativos a las ciencias humanas, la literatura y las artes. (Fernández y Tamaro 2004,1).

dolor puede impactar la percepción del sujeto y su relación con el mundo. La fase precrítica se caracteriza por una experiencia de dolor soportable y ansiedad psicológica, mientras que la fase crítica representa un punto álgido de sufrimiento extremo, conduciendo al CMSP y a una posible desapropiación corporal. En la fase postcrítica, el alivio temporal del dolor ofrece una oportunidad para la reflexión y resignificación de la experiencia vivida. Este análisis no solo busca profundizar en las fases del dolor crónico en el contexto de la fibromialgia, sino también explorar cómo estas experiencias pueden influir en la capacidad del sujeto para mantener su participación en el mundo social y su propio sentido de identidad.

En adelante, se explora la Sensación de desapropiación corporal (SDC) como una consecuencia directa del CMSP, un fenómeno que surge en situaciones límite de dolor severo. El CMSP representa una experiencia profundamente individual y aislada, en la que el sujeto, al verse sobrepasado por el sufrimiento, pierde el sentido de agencia sobre su cuerpo y su capacidad de interacción con su entorno social. Esta pérdida de control y desvinculación puede desembocar en una SDC, en la cual el individuo percibe su propio cuerpo como ajeno o extraño. A lo largo del análisis, se destacan las implicaciones de la SDC, que no solo afecta la autopercepción del cuerpo, sino también la identidad personal, generando una crisis existencial. El cuerpo, que es esencial para nuestra interacción con el mundo y la construcción de nuestra identidad, se transforma en un objeto extraño o incluso hostil. Se exploran, además, los aspectos neurológicos y filosóficos que subyacen a esta sensación de desapropiación, resaltando cómo las capacidades perceptivas y motoras del cuerpo se ven comprometidas durante episodios de CMSP, lo que conduce a una alteración profunda de la autoimagen. En este contexto, se reflexiona sobre las posibles consecuencias extremas de esta desconexión con el propio cuerpo, como la autolesión o el CMSD, lo que convierte esta experiencia límite en un fenómeno despersonalizante que afecta tanto la corporalidad como la integridad del ser.

Finalmente, se abordará cómo, tras los episodios más críticos de dolor crónico severo y la superación del Cerramiento del Mundo Social Parcial (CMSP), es posible que el sujeto experimente un proceso de resignificación de su existencia. Esta etapa postcrítica no solo puede representar una salida del sufrimiento extremo, sino que también ofrece una oportunidad para reflexionar profundamente sobre el sentido de la vida y la libertad a partir de la angustia vivida. Lo anterior, se desarrolla apoyados en las reflexiones filosóficas de Søren Kierkegaard (1813-

1855)¹¹, donde se analizará cómo la angustia, lejos de ser una emoción negativa, se convierte en un motor fundamental para la libertad y la autoconstrucción del ser. Al comprender la angustia como una apertura hacia un vasto horizonte de posibilidades, se enfatiza su papel central en la reafirmación del individuo como sujeto de elección y libertad. De esta manera, se analizará cómo la experiencia límite de dolor puede, en última instancia, permitir un replanteamiento de la existencia y una resignificación del sufrimiento a través de la recuperación de la capacidad de agencia y elección.

¹¹ Filósofo danés, reconocido por su profunda influencia en la filosofía existencialista y su enfoque en la subjetividad humana. Proveniente de una familia profundamente religiosa, su educación estuvo marcada por la rigidez espiritual, lo que moldeó su carácter angustiado y atormentado. Aunque socialmente se mostraba como una persona ingeniosa y humorística, su vida interior era conflictiva, especialmente en lo referente a su compromiso con Regina Olsen, al que renunció abruptamente en 1841, probablemente debido a una crisis espiritual. Kierkegaard desarrolló una teoría sobre los tres estadios de la existencia humana: el estético, el ético y el religioso. En sus primeros escritos, a menudo utilizando seudónimos como Víctor Eremita y Johannes Climacus, exploró los estadios estético y ético. El esteta busca evitar el sufrimiento al perseguir el placer, pero esta búsqueda desemboca en el vacío. En contraste, el hombre ético confía en la razón para guiar su vida, pero queda atrapado en la alienación de la vida pública. En el estadio religioso, Kierkegaard plantea que el individuo enfrenta la angustia de la existencia a través de la fe, que le permite encontrar sentido en su singularidad y superar la desesperación. Su visión religiosa fue heterodoxa, no tanto centrada en la existencia de Dios como en la relación subjetiva del individuo con su fe. Esta perspectiva, centrada en la libertad y la subjetividad, lo convierte en un precursor clave del existencialismo. (Fernández y Tamaro 2004, 1).

CAPÍTULO I

SOBRE LAS CATEGORÍAS DEL MUNDO SOCIAL DE LA SOCIOFENOMENOLOGÍA

En este capítulo se abordarán las categorías del Mundo Social (MS) a partir de la sociofenomenología propuesta por Alfred Schütz, entendida como disciplina teórica enfocada en las relaciones intersubjetivas del individuo como una fuente primaria y natural de conocimiento. Este enfoque de investigación acopla elementos de la fenomenología y la sociología para indagar en cómo las experiencias y percepciones del sujeto se encuentran estructuradas y condicionadas por contextos sociales. Es decir, explora cómo la conciencia del individuo y sus experiencias subjetivas están configuradas por el entorno social, esto se refleja en la forma cómo los significados e interpretaciones de las experiencias se ven influenciados por las prácticas sociales, por el lenguaje, los valores morales, las normas y, en general, por la cultura. Inicialmente, partiremos de una introducción general a la sociofenomenología, continuando con un acercamiento al concepto de MS, el cual, puede considerarse como una construcción intersubjetiva que se presenta como una realidad compartida, constituida y sostenida por las interacciones entre los individuos de un mismo entorno social. Posteriormente, se exponen las categorías del MS, éstas son: la intersubjetividad y la significatividad. La primera, se refiere al proceso por medio del cual los sujetos intercambian interpretaciones, significados y sentido sobre el mundo y, la segunda, se enfoca en el cómo los sujetos les asignan sentido, significado y valor a sus experiencias dentro del MS.

1. 1 Preliminar sobre Sociofenomenología

En el movimiento y la transformación del mundo se observan distintos modelos, formas, orientaciones y dominios que circundan la indagación y la exploración científica. Estos aspectos permiten el acondicionamiento de los procesos, métodos y dispositivos dirigidos a la consolidación de la validez, integridad, fundamento y veracidad de las investigaciones. Dichas investigaciones, buscan engendrar nuevos conocimientos que posteriormente se respaldan,

justifican y legitiman por parte del gremio académico y la comunidad científica. Partiendo de lo anterior, se considera a la sociofenomenología como un sistema de competencia científica que permite el estudio de las estructuras intersubjetivas de la investigación y, por ello, ésta asume la importancia de cada realidad o toda realidad para conocer los sucesos, acciones, eventos o situaciones que envuelven un fenómeno como su fuente originaria de información. Es decir que, la sociofenomenología es un área interrelacional que posibilita la interpretación y el entendimiento de los acontecimientos en sí mismos. Esto se da mediante el análisis del contexto y bajo un método de examen riguroso, partiendo de la actitud natural para alcanzarlos desde la vivencia como un referente válido, apropiado y de acceso al conocimiento científico en las existentes y diversas formas de la realidad social, de la cual, son generados nuevos conocimientos.

Las sociedades humanas en sus constantes movimientos y cambios van desplegando distintas formas de acceso al conocimiento en búsqueda de respuestas y soluciones a variados obstáculos, desafíos y problemas de diferente naturaleza presentes en las diversas comunidades. La sociofenomenología se presenta como una disciplina que proporciona mayor relevancia a la perspectiva intersubjetiva de la persona como fuente natural de conocimiento de toda sociedad humana. En este orden, tiene un carácter exegético en la búsqueda de nuevas formas de conocimiento y diversos tipos de saberes. Es decir, en el análisis de las causas, los sentidos y significados que envuelven un fenómeno desde una forma amplia y actualizada de interpretar el mundo. Como dice Marta Rizo (2014), lo cual se puede abordar estudiando todos los acontecimientos que al sujeto se le presenta en la vida cotidiana, las actividades de la vida diaria, de las que puede o no darse cuenta, pero hacen parte integral de los significantes y significados de los conocimientos que integra y labra desde la experiencia intersubjetiva (300). Esto significa entender la sociofenomenología como una disciplina integrativa que incide en el desarrollo social y cultural partiendo de la actitud natural de los individuos humanos en la vida habitual. Por lo tanto, es necesario recurrir a los distintos enfoques de investigación de las ciencias humanas y sociales en un proceso bidireccional, en el cual se logra generar aportes a su crecimiento y, a la vez, obtener de esta información apropiada a partir de la investigación rigurosa y el análisis crítico.

Esta manera de hacer investigación socio-teórica, arroja como resultado un enfoque crítico fuerte a los procedimientos y bases de la ciencia tradicional de corte reduccionista y busca potenciar la emergencia de una teoría del conocimiento humano menos limitada a presupuestos fijos. De lo anterior, se desprende la relevancia que la sociofenomenología le otorga al actor social (sujeto social) y su aporte como informante básico, puesto que son estos actores quienes se encargan de proporcionar evidencia directa de la existencia de distintos niveles de realidades, posiblemente a escala infinita. La investigación de tipo sociofenomenológico, permite tratar toda realidad existente y conocer los hechos, acontecimientos y fenómenos directamente desde el actor social o fuente primaria. Por lo tanto, nombrar como real algo, una cosa, un hecho, una experiencia, un fenómeno etc. Es decir que, ese algo, esa cosa, ese fenómeno, esa experiencia, que se encuentra en un modo de relación directa con nosotros. Así, las reflexiones sociofenomenológicas propician la interrelación y favorecen la comprensión e interpretación de la realidad.

El propósito de la estructura intersubjetiva de la investigación se encuentra dirigido al análisis, observación y reconocimiento, que centrado en la indagación rigurosa permita describir la *actitud natural* como la nombra Alfred Schütz (1932), refiriéndose con ésta a la intencionalidad espontánea de la conciencia, orientada directamente a las cosas mismas, aceptándose sin controversia (37-39). Es decir, no interfiriendo o afectando el fenómeno dado. Este ordenamiento intersubjetivo, pretende desvelar o manifestar el fenómeno como un vasto espacio que comprende la totalidad y, en tanto, se puede acceder a él mediante la experiencia, se considera como el objeto fundamental de investigación. Schütz es, pues, el representante más destacado de la sociofenomenología, porque a pesar de que sus aportes se hayan centrado principalmente en el esclarecimiento y difusión de las propuestas investigativas y conceptuales de otros pensadores, principalmente como Max Weber y Edmund Husserl, sin dedicarse explícitamente a desarrollos independientes o análisis investigativos de su autoría, puede rastrearse en él un aporte muy meritorio el haber identificado la gran importancia que cobra la fenomenología en la investigación sociológica y la fundamentación de una sociología que se enfoca en la estructura y organización del conocimiento de tipo cotidiano.

1.2 Mundo Social

El punto central de la investigación en las ciencias sociales es el Mundo Social (MS), tal como es dado o como se muestra al ser humano en sus interacciones diarias. Éste refiere un conjunto de relaciones y estructuras que existen entre los individuos de una comunidad, incluyendo las normas sociales, las instituciones, las jerarquías y demás prácticas culturales. Así es como, los individuos interactúan y se relacionan entre sí. Las ciencias sociales pueden ser comprendidas como una forma de estudio y descripción reflexiva sobre los fundamentos y dispositivos de la estructura del MS, desarrollada por los actores sociales. Dicho de otra manera, explica los modos de construcción del mundo que provienen de la actitud natural, en el contexto del Mundo de la Vida¹² (MV). Esto implica que, quienes hacen investigación en ciencias sociales, detectan ante sí, un mundo ya construido. Por su parte, la sociofenomenología de Schütz tiende más a un carácter descriptivista de la experiencia como actitud natural, que una distinción o estudio riguroso desde una óptica fenomenológica de tipo trascendental. La fenomenología trascendental es una corriente filosófica introducida por Edmund Husserl (1859-1938)¹³ a principios del siglo XX. Siguiendo a Sanguineti (1992). Esta se enfoca en una observación detallada de las estructuras de la experiencia y la consciencia del sujeto. Utilizando una metodología que permite la descripción y comprensión de la esencia de los fenómenos, entiéndase como las estructuras universales e invariables que subyacen a todas las manifestaciones particulares de una experiencia, tal como se presentan a la consciencia. Para ello, es necesario regresar al origen de la significación, esto es, la experiencia pura que indica cómo los fenómenos se presentan a la consciencia. Este enfoque permite una comprensión profunda y fundamental de cómo los objetos adquieren significado y cómo el mundo se constituye en la experiencia consciente (4-7). Así lo define la siguiente afirmación de López L. (2014).

¹² El MV se entiende como el amplio horizonte que abarca la totalidad de nuestras maneras de experimentar y que, por lo mismo, se constituye en el principal referente de la vida social. (Schütz, A. y Luckmann, T. 1977, 20;25)

¹³ Edmund Gustav Albrecht Husserl (Edmund Husserl). Fue un filósofo y lógico alemán. Nació en Prossnitz (hoy Prostějov, actual República Checa), en 1859, y falleció en Friburgo, Alemania, en 1938. Como veremos, Husserl fue discípulo de Franz Brentano y de Carl Stumpf. Se considera el fundador de la fenomenología trascendental. También creó, a través de dicha fenomenología, el movimiento fenomenológico. Este movimiento consiste en un movimiento filosófico que es uno de los más influyentes del siglo XX. Algunas de las obras más destacadas de Husserl son (en orden cronológico): “Filosofía de la Aritmética” (1891); “Investigaciones Lógicas” (1900); “Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y a una Filosofía Fenomenológica” (1913); “Meditaciones cartesianas” (1931); “La Crisis de las Ciencias Europeas y la Fenomenología Trascendental: Introducción a la Filosofía Fenomenológica” (1936) y “Experiencia y Juicio” (1939). (Ruiz M. 2019, 1-3).

La Fenomenología trascendental de Husserl pretende describir el ente en su objetividad regresando al carácter fundante del reino de la conciencia pura y de sus fenómenos. Lo que Husserl expresa en ese concepto es la idea de que para aclarar la esencia de un objeto es necesario primero remontarse al origen de la significación de este, esto es, la conciencia junto a la descripción del origen de sentido del mundo en ella. (97).

En suma, aunque Alfred Schütz parte de los fundamentos de la filosofía husserliana, se distancia ampliamente de Husserl al centrar su interés investigativo en la vida cotidiana y las relaciones sociales. Schütz ajusta la fenomenología para indagar cómo se constituyen, transmiten y comparten los significados en contextos sociales, haciendo énfasis en la intersubjetividad y el conocimiento común. Entre tanto Husserl se interesa más por una comprensión fundamental de la estructura de la conciencia individual, Schütz busca la comprensión de la experiencia social y las interacciones humanas en la vida cotidiana.

El MS es entendido por Schütz, como el MV cotidiana, donde los individuos humanos viven en actitud natural (sentido común) de cara a la realidad. Además, es un campo amplio que comprende cada una de nuestras maneras de experimentar o vivenciar y, por ende, se establece como el máximo referente de la vida social. Esta actitud natural, es la forma en que las personas interactúan en su vida cotidiana sin cuestionar constantemente la realidad que les rodea, presupone en los sujetos el reconocimiento de un MS de carácter externo, conformado por sus propias leyes. Además, se da por sentado que, compartimos una comprensión común con los demás y, por ello, podemos anticipar cómo se comportaría en situaciones típicas, puesto que es un tipo de intencionalidad natural de la conciencia, la cual se orienta de manera directa a las cosas, aceptándose tal y como le son dadas, sin afectarlas.

En el MS, el sujeto tiene experiencias o vivencias significativas, al tiempo que, acepta que otros sujetos también las tienen. Siguiendo a Schütz (1989) “[E]n la actitud natural, la intersubjetividad no se presenta como problema, sino como hecho evidente” (152-153). La anterior postura se hace posible, puesto que no nos detenemos a interpretar o concebir al otro como objeto que se presenta ante nosotros. En la actitud natural, dice (Rizo G. 2014) el sujeto presupone que la realidad se hace comprensible gracias al sentido común que opera, y que

dicha comprensión es adecuada (298). No obstante, las personas construyen su realidad social a través de procesos de percepción y comprensión. Para él, el MS no es un hecho objetivo que simplemente existe por sí mismo, sino que es construido por los individuos en su interacción con otros. Las personas asignan significado a las acciones y experiencias sociales a través de procesos de interpretación. Schütz, identifica dentro de estos procesos la construcción de "tipos ideales", que son esquemas mentales que se utilizan para simplificar y comprender el comportamiento de los demás. Estos tipos ideales permiten categorizar y prevenir las acciones de las personas en situaciones sociales; las cuales, hacen parte de las "estructuras de significado" compartidas que guían nuestra comprensión de la realidad social.

Es oportuno resaltar que, Schütz, hace una importante distinción entre “Mundo de la Vida” (MV) (Lebenswelt)¹⁴ y “Mundo de las Ciencias Sociales” (MCS): El MV es el ámbito de la experiencia cotidiana y la interacción social donde se utiliza la actitud natural. El MCS se refiere al enfoque analítico y reflexivo que los sociólogos y científicos sociales emplean para estudiar el MS desde fuera. Por lo tanto, la sociofenomenología, influenciada por las ideas de Schütz, es un enfoque que busca combinar la fenomenología y la sociología para analizar la vida social. Esta se centra en cómo las personas experimentan y dan sentido a la vida social desde su perspectiva subjetiva. Los investigadores que adoptan esta perspectiva buscan comprender las estructuras de significado compartidos en la vida social y cómo estas influyen en las acciones y percepciones de las personas. Desde esta orientación sociofenomenológica, el mundo social es entendido como una construcción compartida, donde las personas asignan significado a través de procesos de interpretación y comprensión en el transcurso de la vida cotidiana. La “actitud natural”, los “tipos ideales” y las “estructuras de significado” son conceptos clave para entender la vida social desde la perspectiva de los actores sociales.

¹⁴ La palabra Lebenswelt tiene su primera aparición en un manuscrito de 1916/17 que fue incluido como apéndice XIII en la edición póstuma (1952) del segundo tomo de Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica (1912) de Husserl. El Lebenswelt se traduce al español como “mundo de la vida” el cual refiere “al mundo en el que siempre ya vivimos y que ofrece el suelo para toda efectuación de conocimiento y para toda determinación científica”. Expresa una de las formaciones conceptuales más influyentes de la fenomenología de Husserl. Su importancia ha sido reconocida por autores de la tradición fenomenológica (Merleau-Ponty, Patočka y Waldenfels, entre otros), hermenéutica (Gadamer, Ricoeur) y de la teoría sociológica (Schutz, Habermas). (Guerrero 2019, 4; 11; 17).

1.3 Mundo Social e Intersubjetividad

El MS que nos es planteado anteriormente, tiene entre sus características principales la intersubjetividad, a la cual se encuentra ligada la estructura del sujeto. Este sujeto que vive en el mundo social es un sujeto definido por su historia de vida y su experiencia presente. Es decir, todo individuo se localiza en un espacio geográfico específico, en una sociedad concreta, con un lenguaje y una cultura específica. Tiene una manera única de orientarse en el mundo, porque tiene una forma única de experimentar. La experiencia presente e inmediata de un sujeto, conforma la manera en que este aprende y da significado a la realidad, es así como no existe una única experiencia de la realidad, sino múltiples formas de acceder a ella. Cada sujeto ocupa una forma particular de acceder a la realidad, a la comprensión e interpretación de esta; dicho lugar puntual, es su posición en el mundo dentro de un tiempo y un espacio específicos.

Existen, por lo tanto, dos dimensiones desde las cuales puede interpretarse el sujeto. Estas son: el “sujeto propio” y el “sujeto otro”. El “sujeto propio” (SP) experimentado desde un “aquí”, el mismo que gana reconocimiento puesto que existe un “sujeto otro” (SO), experimentado desde un “allá”. La importancia de identificar el sujeto con el espacio radica en poner en relieve la capacidad que tiene el SP de ponerse en el lugar del SO y, esto es, lo que faculta al sentido común para poder aceptar o admitir al SO como igual o equivalente al SP. Entender la intersubjetividad de esta forma, permite la percepción de algunas experiencias o fenómenos que escapan al conocimiento del yo, entendido éste como SP. Es decir, el SP no puede acceder a ciertos fenómenos de manera inmediata, lo que sí puede hacer es percibir las experiencias del SO, en la medida que le son accesibles como elementos del MS. Dicho de una forma distinta, el SP se encuentra en la capacidad de percibir sus propios fenómenos, experiencias y actos, a la vez que, puede percibir los fenómenos, experiencias y acciones del SO.

La intersubjetividad refiere entonces la capacidad relacional del sujeto para comprender y compartir significados, emociones y experiencias con otros, a partir de la comunicación y la interacción social, lo que implica una actitud bidireccional en cuanto a la comprensión de las perspectivas distintas a las propias. Por ende, también influye en la forma en que los individuos

perciben y comprenden el MS, porque las experiencias y creencias subjetivas están influenciadas por la interacción y la comunicación con otros individuos. Por ello, el MS y la intersubjetividad están interconectados, en tanto que, el MS se construye a través de la intersubjetividad y a la vez, ésta influye directamente en la forma en que los individuos perciben y comprenden el MS.

1.4 El Mundo Social y la Significatividad

En el MS, la Significatividad se construye a través de la interacción y la interpretación compartida de los sujetos que conforman una comunidad. Esta significación se refleja en el sentido que se le atribuye a las acciones, acontecimientos, objetos y situaciones que se presentan en el entorno cotidiano, cuando los sujetos interactúan entre sí y se comunican a través de un lenguaje determinado, que incluye gestos, palabras y, en general, todo tipo de símbolos. Cada sociedad se caracteriza por una significatividad particular y propia que se refleja en sus costumbres, sus conocimientos, sus creencias, sus sistemas de valores y sus normatividades. Esto es conocido como Estructuras de Significado, tan diferentes, amplias como el total de las sociedades humanas. Es decir, a cada sociedad humana le corresponde una estructura de significado que le identifica y, desde la cual, se estructura el mundo social de una comunidad específica. Por ello, es razonable que se presenten diferencias de significado de una sociedad a otra. Estas diferencias, tienen como base las distintas convenciones que se deciden en el interior de cada sociedad. Por ejemplo, extender y estrechar la mano del otro como saludo, puede tener diferentes significados en diferentes culturas. Para la cultura de Estados Unidos y algunos otros países de América, el saludo debe representar firmeza y cordialidad, acompañado de la pronunciación del nombre y, en algunas ocasiones puntuales, nombrar la profesión desempeñada. En China, por lo general, se debe saludar en primera instancia a las personas mayores, en muestra de reverencia y respeto, sostener firmemente su mano por unos segundos y no posar la mirada directamente sobre los ojos, se debe pronunciar el nombre y, en casos puntuales de negocios, enunciar el cargo. Para los franceses y españoles, el saludo debe ser un apretón suave y ligero, nada de excesos de fuerza, porque se encuentran mal vistos, acompañados de un beso por cada mejilla, el saludo puede repetirse tantas veces como sea necesario si las personas se encuentran con frecuencia y a pesar de haberse saludado con anterioridad. Por otra parte, en marruecos, el saludo de apretón de manos solo es bien visto

cuando ambas personas son del mismo sexo. Un hombre no debe ofrecer ni estrechar la mano de una mujer, si la mujer no lo hace primero, hacerlo es considerado como una total falta de respeto. Además, entre los hombres marroquíes, algunas veces, pueden tocar ligeramente el pecho del otro en señal de cariño o confianza. En general, podrían exponerse otra cantidad significativa de ejemplos, cada uno muy propio, de acuerdo con la cultura y la nacionalidad de donde provengan las personas. Esta ilustración es importante, porque permite resaltar como desde los gestos, actos, palabras y símbolos compartidos, puede contener toda una significatividad particular y representativa de todo un MS subyacente. Como pudimos observar, no es lo mismo saludar de apretón de manos a un ciudadano de los Estados Unidos, que saludar a una persona marroquí o a un ciudadano chino.

Dentro de una descripción sociofenomenológica del MS, se observa como componente indispensable a la intersubjetividad. La misma que tiene una existencia previa al nacimiento de cualquier individuo, toda la interpretación heredada, se va consolidando con el tiempo en conocimientos y experiencia de vida individual (biografía), adquirida mediante la interacción con el núcleo social primario y secundario, por medio del cual, se interiorizan los diferentes significantes, entre estos, los valores, las normas, el lenguaje, los distintos símbolos, y demás construcciones. El MS es constituido por un conjunto de conocimientos, saberes y experiencias previas al saber científico, de tipo familiar, cotidiano y accesible para todos los individuos de un mismo entorno social de significado. Es decir, todo sujeto que conforma un mismo entorno social de experiencias significativas los adquiere mediante la familiarización de las prácticas, rutinas, y hábitos compartidos de una misma estancia interpretativa o estructura de significado. En palabras de Schütz (1974):

Nuestra relación con el mundo social se basa en la hipótesis de que, a pesar de todas las variaciones individuales, nuestros semejantes experimentan los mismos objetos de una manera sustancialmente similar a nosotros, y viceversa, y también que nuestro esquema de interpretación y el de ellos muestran la misma estructura típica de significatividades. Si se desploma esta creencia en la identidad sustancial de la experiencia intersubjetiva del mundo, queda anulada la posibilidad misma de establecer la comunicación con nuestros semejantes. (139)

Todas las personas tienen experiencias inmediatas del MS, y dentro de éste, a la vez que, tienen la posibilidad de contrastarlas, reafirmarlas, reconocerlas a través de la correspondencia de sentido. Es decir, el SO puede experimentar el mundo social de manera similar al SP. El mundo social como mundo relacional, no es estático, por el contrario, aporta saberes, conocimientos, experiencias que pueden influir y estructurar la vida cotidiana de los individuos de una sociedad, a la vez que, el individuo puede intervenir en esta. Es esta reciprocidad e intervención mutua la que hace posible la construcción de la realidad, la sociedad, el MS, y todas las diferentes estructuras de significado.

CAPÍTULO II

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD: FIBROMIALGIA UNA ENFERMEDAD HUÉRFANA

En este capítulo se explora la construcción social de la enfermedad específicamente enfocado en el Síndrome de Fibromialgia (SFM). Partiendo de un acercamiento panorámico al concepto de *enfermedad*¹⁵ con una breve descripción histórica de la diferencia existente entre el concepto de patología y el concepto de nosología. El primero hace referencia al estudio de la *enfermedad*, que, por su origen etimológico (*phatos*)¹⁶ hace hincapié en el sufrimiento como experiencia emocional asociada a una alteración, anormalidad o padecimiento referido por un paciente. Ésta, además, integra diferentes especialidades, tales como, la etiología y la patogenia, las cuales, nos permitirán un abordaje más adecuado de la experiencia de dolor causada por el SFM. El segundo, designa una disciplina taxonómica o clasificatoria de las *enfermedades*. Posteriormente, se presentará una distinción desde la historia médica de dos enfoques opuestos, aunque complementarios de comprender la *enfermedad*. Éstos son, el enfoque anatómico y el enfoque fisiológico. Ambos, presentan una mirada objetualizante del cuerpo humano y basan sus investigaciones en métodos de tipo empírico o positivista, dejando de lado aspectos históricos, sociales, culturales y valorativos del ser humano como sujeto. Por lo anterior, en este apartado se busca un acercamiento al concepto de *enfermedad* desde una comprensión más humana, intersubjetiva y sociocultural del sujeto, desde un abordaje que integre los aspectos natural-biológicos y construccionistas, no exclusivamente anatómico-fisiológicos. Para ello, nos remitiremos a las reflexiones sociofenomenológicas de Alfred Schütz y su definición del mundo de la vida, en esa misma línea, se encuentran los aportes de Peter L. Berger y Thomas Luckman a partir de sus aportes sobre el diálogo como vehículo de mantenimiento de la realidad social. Continuando con Georges Canguilhem, en sus reflexiones

¹⁵ La palabra enfermedad proviene del latín *infirmus*, que se refiere a «debilidad corporal, complexión o constitución débil, flojedad de la salud». La palabra está compuesta del prefijo negativo *in-* y de la palabra *firmus*, que procedería del sánscrito *dhruvāḥ*, un adjetivo que significa «firme, sólido, resistente, robusto». Por lo tanto, el significado de *infirmus* está referido a algo que no es firme, es decir, que es «endeble, débil». En consecuencia, la principal referencia del vocablo enfermedad es «debilidad física». Su uso derivaría de Celio Aureliano, quien utilizó en sus textos el término *infirmas* impotente». (Gac Med Mex. 2017,138)

¹⁶ *Pathos* es un sustantivo de origen griego derivado del verbo *paschein*, cuyo significado es «sufrir», y de la raíz protoindoeuropea **kwent(h)-*, que significa «sufrir, soportar, padecer» (*Ibid.*, 136).

críticas sobre los diferentes enfoques del concepto de *enfermedad* desde el paradigma histórico de la medicina para, posteriormente, presentar su enfoque de tipo valorativo-normativo que reivindica la subjetividad del individuo y se aparta de las perspectivas puramente naturalistas, mecanicistas y objetualizantes del cuerpo humano. Entendiendo la salud y la *enfermedad* como condiciones normativas que dependen directamente de la relación del sujeto con su entorno y sus propias normas vitales. Finalmente, abordaremos la construcción social del concepto de *enfermedad* a partir de la experiencia social del fenómeno, reconociendo que cada *enfermedad* corresponde a un fenómeno único que debe ser comprendido y estudiado de forma individual. Por ello, nos ocuparemos de manera específica de la construcción social del SFM desde su aspecto clínico y socio afectivo, cuyo propósito es mostrar cómo ésta interviene el comportamiento y la autopercepción de quienes han sido diagnosticados, a la vez que, altera la percepción de quienes conforman su entorno social. Por pertinencia investigativa, lo anterior será abordado, principalmente desde las propuestas filosóficas de Ian Hacking, para quién las categorías, clasificaciones y conceptos sociales, especialmente en el área de las ciencias humanas, contribuye a la construcción de la identidad personal e influye en el comportamiento de los sujetos etiquetados.

2.1 Un Acercamiento Panorámico al Concepto de Enfermedad

Cuando se habla del concepto de *enfermedad*, es indispensable remitirse, principalmente, a dos palabras provenientes del griego *phatos* que significa sufrimiento y *nosos*¹⁷ que denota un estado desfavorable, puesto que éstas han servido para designar dicho constructo a lo largo de la historia. No obstante, han presentado transformaciones en su significado como términos de uso médico mostrando diferencias significativas entre ambas. Por un lado, de la primera, se deriva la palabra *patología* entendida de manera literal como el estudio (*logos*) de la *enfermedad* (*phatos*). Ésta es considerada una disciplina integrativa del campo médico, puesto que, busca conectar tanto la práctica clínica con la ciencia básica,

¹⁷ El vocablo *nosos* (νόσος), tiene etimología confusa. Algunos autores señalan que habría sido usado por Heródoto (484-425 a.C.) y por Hipócrates (460-377 a.C.). Se ha planteado que esta palabra procedería de la negación de *hl osu-, cuyo significado es «bueno, en buena condición». Además, este último término se vincula con los vocablos hititas ass- («estar bien, ser querido, estar favorecido») y aššu- («bueno, favorable, agradable»). Por lo tanto, *nosos* denotaba un estado desfavorable. (*Ibid.*, 136).

incluyendo la investigación de los orígenes o causas (*etiología*) de la *enfermedad* y los mecanismos subyacentes que indican el surgimiento y desarrollo de las afecciones (*patogenia*), los signos y síntomas asociados con el sufrimiento o una determinada dolencia manifestada por los pacientes. (Kumar, V., Cotran, R. S., & Robbins, S. L. 2008, 1). Por otro lado, de la segunda, se deriva la palabra *nosología* para indicar la disciplina médica que tiene como función la descripción detallada, la diferenciación y la clasificación de las *enfermedades*. La nosología es entonces la sistematización de las patologías con respecto a la información existente sobre éstas. (Pérez P. y Merino 2023, 1-2).

En el contexto histórico de la medicina el siglo XVII trae consigo grandes transformaciones en la dinámica de la salud y la *enfermedad*. Siguiendo a Gómez-Arias (2018) Entre estos se encuentra la concentración de los enfermos en un solo lugar, a disposición del médico quién podía observarles y estar pendiente de los cambios presentados en el transcurso del día de forma sistemática y objetiva. A partir de esta nueva práctica médica que posibilita la observación empírica de los cambios y síntomas subjetivos referidos por los pacientes, se inicia la recolección exhaustiva de datos que sugerían irregularidades, tales como, color, forma, dureza, textura, temperatura (75). A partir de estas prácticas, la medicina hasta hoy funda su forma de acción y de comprensión de la *enfermedad* en el modelo empírico. En correspondencia con Gómez-Arias (2018), lo anterior, dio lugar a la construcción de un modelo objetivo que permitiera la clasificación o taxonomía de las *enfermedades* y síndromes mediante la categorización conceptual que posteriormente dio lugar a la concepción ontológica de la *enfermedad*. Entiéndase con esta la forma de comprender la *enfermedad* como un tipo de ente con existencia propia por fuera del individuo enfermo. Desde entonces la medicina occidental ha comprendido las *enfermedades* desde categorías abstractas y ontológicas construidas a partir de evidencia empírica, reglas universales, signos y síntomas comunes a los que se debe ajustar el paciente, los cuales reforzaban el paradigma positivista de la época. Posteriormente, surgen avances que dan lugar a tres enfoques: la concepción anatomo-clínica, la concepción fisiopatológica, y la concepción etiopatológica. (76).

Aunque las disecciones de cadáveres fueron prácticas realizadas desde el siglo XVI, origen del primer enfoque, Gómez-Arias (2018) nos dice que, esta práctica disminuyó en la edad media no solo en Europa sino también en oriente y fue solo hasta el siglo XVIII que

vuelve a resurgir gracias a la Modernidad. Lo anterior trae consigo grandes cambios en la ciencia médica. Desde la cual surge el interés por relacionar puntualmente la sintomatología y los signos de la *enfermedad* con un órgano específico donde pudiera ser localizado el daño, el mal o el deterioro. Esto se transforma en la idea generalizada en el territorio europeo de que la *enfermedad* se localiza en un lugar específico del cuerpo, así la dolencia o afección de un paciente sólo puede ser comprendida por el médico cuando este logra localizarla anatómicamente. Este enfoque, al enfatizar sobre el órgano afectado o lesionado concibe el cuerpo humano de manera fraccionada y trae como consecuencia la deshumanización del sufrimiento, entendiendo la *enfermedad* como un daño a una parte específica del cuerpo y desvinculada de la experiencia humana. Así la localización orgánica se sobrepuso a la sintomatología referida y decantó en una “realidad anatómica” del cuerpo comprendido desde sus partes y aislado del sujeto que experimenta sufrimiento por dicha afección y de su contexto sociocultural e histórico (77). A partir de esta concepción los médicos anatomopatólogos serán incapaces de ver la *enfermedad* si no existe una lesión, dicho por Gómez-Arias (2018).

No hay enfermedad sin daño orgánico observable empíricamente. La lesión anatómica de una parte del cuerpo se convertirá desde entonces, en el punto de referencia para entender y controlar la enfermedad. Para los anatomistas, no hay enfermedad sin lesión orgánica demostrable y la salud se definirá en términos negativos como ausencia de lesión anatómica. (77)

El enfoque anterior da paso a la concepción *naturalista* que surge con la modernidad desde la cual la *enfermedad* es un fenómeno natural perjudicial que se clasifica a través de observaciones empíricas de criterio técnico y localizable de manera específica en los órganos del cuerpo. Dejando de lado cualquier tipo de juicio de tipo ético o valorativo. Por otra parte, el segundo enfoque o concepción fisiopatológica, obedece más a la idea del orden armónico de la naturaleza tal como lo entendían los griegos en la antigüedad. Siguiendo a Gómez-Arias (2018) en el siglo XVII se expande la idea desde las investigaciones de la física para quienes la naturaleza funcionaba como una máquina que se comporta obedeciendo ciertas leyes universales. Para los pensadores de esta época conocer la naturaleza radica en el conocimiento de las leyes físicas que rigen su funcionamiento, cumpliendo de esta manera con el orden cósmico donde suceden algunos eventos previos que actúan como causas de determinados efectos específicos. Este enfoque fue dirigido por el filósofo René Descartes y se conoce como *mecanicismo*, gran influyente en las ciencias médicas y la concepción posterior de salud y

enfermedad. La concepción *mecanicista* comprende los fenómenos regidos y ordenados por leyes naturales fijas que se materializan mediante distintas formas de relación fijas entre distintos eventos, conocidas como relaciones causales que determinan la dirección de los fenómenos observados de manera cotidiana. De lo anterior se origina el concepto de *normalidad* con el cual se indica un ordenamiento que actúa de manera única y conduce la forma en que funciona el mundo (77). Gómez-Arias (2018) plantea, desde el contexto anterior que “[U]n fenómeno se considera *normal* mientras se ajuste a la regla única del cosmos, y toda variación a esta ley universal debe considerarse *anormal* (77). De ahí que, el cuerpo humano sea comprendido por este enfoque como una máquina gobernada por leyes naturales que actúan de la misma manera en todos los individuos permitiendo su adecuado funcionamiento. Este concepto distingue la relación entre dos fuentes de estímulos medioambientales, uno externo que refiere aquello que es ajeno al cuerpo y otro interno que hace referencia a la *homeostasis*.¹⁸ Siguiendo a Gómez-Arias (2018).

El cuerpo es una máquina, y el estudio de sus funciones es la clave para comprenderlo. La vida no se explica por la anatomía sino por el adecuado funcionamiento de la máquina; el órgano no crea la función; por el contrario, la función crea al órgano, y por consiguiente cada órgano del cuerpo aparece y se modifica para cumplir una función definida al interior del mecanismo (78)

Las consideraciones anteriores sirven de fundamento para el surgimiento de la disciplina designada por la palabra fisiología¹⁹, la cual, se enfoca en el estudio de todos los

¹⁸ Homeostasis es el conjunto de fenómenos de autorregulación que llevan al mantenimiento de la constancia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo. El concepto fue elaborado por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon (1871–1945). El Fisiólogo estadounidense lo que hizo al plantear el término que nos ocupa fue desarrollar o centrarse en concreto en un concepto que años atrás se había establecido en el ámbito de la ciencia, refiriéndose en concreto a la idea de medio interno que en la segunda mitad del siglo XIX había expuesto Claude Bernard. Biólogo y médico francés que en la actualidad está considerado como el verdadero padre de la fisiología y el fundador de lo que sería la medicina experimental. La homeostasis es uno de los principios fundamentales de la fisiología, ya que un fallo en esta característica puede ocasionar un mal funcionamiento de diferentes órganos. La homeostasis biológica, por lo tanto, consiste en un equilibrio dinámico que se alcanza gracias a constantes cambios para mantener el resultado del conjunto. Este proceso implica el control de los valores energéticos que son considerados normales: en caso que un valor esté fuera de la normalidad, se activan distintos mecanismos para compensarlo. La homeostasis del organismo depende del medio interno (con la producción y eliminación de ciertas sustancias; por ejemplo, a través de la orina) y del medio externo (la relación entre el ser vivo y el medio ambiente). (Pérez P. y Merino 2022, 1-3)

¹⁹ La fisiología es la ciencia cuyo objeto de estudio son las funciones de los seres orgánicos. El término deriva del vocablo latino *physiologia* («conocimiento de la naturaleza»), aunque tiene origen griego. Esta disciplina se encarga de estudiar las interacciones de los elementos básicos del ser vivo con su entorno. Su objetivo principal es comprender los procesos funcionales de los organismos vivos y todos sus elementos. Uno de los elementos de

fenómenos relacionados con los seres vivos y las normas que gobiernan su existencia. En este contexto, las alteraciones de tipo funcional son previas al daño anatómico y se reflejan posteriormente en el deterioro y detrimento de los órganos, por ello, los indicadores fisiológicos serían la manifestación originaria de la *enfermedad*. Gómez-Arias (2018) entiende ésta como una alteración del orden natural que para poder ser controlada necesita conocer la función que se encuentra trastornada. Dichos daños o alteraciones de tipo funcional pueden evidenciarse de manera empírica porque las leyes universales se imponen a las variables biológicas, creando un modelo o patrón repetitivo que puede observarse en todos los sujetos y medirse o cuantificarse mediante la aplicación de la estadística. Esta medición permite crear rangos de variabilidad y límites permitidos para identificar con estos las condiciones homeostáticas diferenciando lo normal (ordenado) con lo anormal o patológico (desorden). Lo que se encuentre dentro del rango del promedio de los parámetros fisiológicos establecidos para una población se considera normal y lo que se sale de dicho rango, es decir, toda desviación del promedio establecido es anormalidad. Así, lo saludable se identifica con lo normal, lo frecuente y lo común definido para una población específica, por el contrario, la *enfermedad* constituye toda desviación de los límites establecidos para dicha población considerándose anormalidades patológicas que se distancian del promedio. En estos términos, no *existe enfermedad* sin desviación funcional. Ésta, debe considerarse como la causa de los síntomas, siendo una manifestación de las desviaciones estadísticas, sin síntomas referidos no existe conciencia de *enfermedad*, la salud es entonces la ausencia de síntomas. Dentro de este enfoque la diferencia entre salud y *enfermedad* es cuantitativa. A saber, la salud refiere los fenómenos normales y es objeto de estudio de la fisiología y la *enfermedad* refiere la desviación de las mediciones por fuera del promedio establecido y es objeto de estudio de la medicina. Este enfoque, desplaza toda observación de tipo social, cultural e histórico en que se desarrolla el sujeto. La mirada fisiopatológica reconoce el cuerpo humano como una máquina y la *enfermedad* como anormalidad de tipo cuantitativo de tipo fisicoquímico, observable de manera empírica y que se desvía de los parámetros establecidos por el orden de la naturaleza (78).

La *enfermedad* no se remite a una única interpretación, su significado varía de acuerdo a cada cultura, la sociedad, el paradigma epistemológico de la época, del tipo de observador

estudio en el que los especialistas basan sus investigaciones es la homeostasia («posición similar» o «estabilidad similar») para describir la persistencia de las condiciones constantes en el medio interno. Esta constancia es producida por las funciones de los órganos y tejidos. (Pérez P. y Gardey 2022, 1-3).

(médico, paciente, entorno social), en este contexto, la enfermedad es una construcción social. En palabras de Lejarra (2004):

Lo que sí existe es aquel fenómeno biológico que puede distinguirse por romper con cierta continuidad de hechos, con un orden de procesos que venían ocurriendo, pero si no está el ojo testigo del ser humano que viene a otorgarle un sentido a ese acontecer, la naturaleza convive armónicamente con estas contingencias (271).

En tal sentido, sería inapropiado hablar de la enfermedad como un hecho natural *per se*. Desde esta perspectiva, la ruptura de la continuidad en un sistema biológico sólo puede ser observada mediante la experiencia directa o indirecta de los actores sociales, quienes le dan sentido a partir de la interpretación de dicha experiencia en una correspondencia de significado, partiendo de una relación interpersonal de comprensión mutua. Dicha orientación comprensiva es posible dentro del MV por dos esferas constitutivas, por una parte, la realidad natural de tipo objetivo y, por la otra, la realidad social construida. Como lo dice Schütz (1974):

Mi experiencia del mundo se justifica y corrige mediante la experiencia de los otros; esos otros con quienes me interrelacionan conocimientos comunes, tareas y sufrimientos comunes. El mundo es interpretado como el posible campo de acción de todos nosotros: este es el primero y más primitivo principio de organización del conocimiento del mundo exterior, en general. Con posterioridad, discrimino entre cosas naturales (...) y, por otra parte, cosas sociales, comprensibles únicamente como productos de la actividad humana, mi propia actividad o la de otros. (22)

Así, la *enfermedad* considerada una construcción social, se presenta dentro de la esfera de lo simbólico y dentro del contexto de la cultura. No se agota en el fenómeno estrictamente natural, puesto que, la ruptura de la continuidad de hechos de un sistema orgánico en condiciones óptimas sólo puede ser observado por los distintos actores sociales quienes interpretan dicha discontinuidad en un proceso dialógico. Como dirían Peter L. Berger y Thomas Luckman (1986)

El vehículo más importante del mantenimiento de la realidad es el diálogo. La vida cotidiana del individuo puede considerarse en relación con la puesta en marcha de un aparato conversacional que mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva.

Diálogo significa principalmente, por supuesto, que la gente conversa entre sí, lo cual no implica que se nieguen las copiosas emanaciones de comunicación no oral que rodean al habla. Con todo, el habla mantiene una posición de privilegio dentro de todo el aparato conversacional. Importa destacar, empero, que la mayor parte del mantenimiento de la realidad en el diálogo es implícita, no explícita. El diálogo, mayormente, no define la naturaleza del mundo en una cantidad de palabras; más bien se efectúa con el trasfondo de un mundo que se da silenciosamente por establecido. De esa manera, un intercambio de frases como: "Bueno, es hora de que salga para la estación" y "Muy bien, querido, que tengas un buen día en la oficina", implica todo un mundo dentro del cual estas proposiciones aparentemente sencillas cobran sentido. En virtud de esta implicación, el intercambio confirma la realidad subjetiva de este mundo. (174)

La realidad comprendida como construcción social siguiendo a Peter L. Berger y Thomas Luckman (1986) refiere el campo de lo interpretado, cargado de lo simbólico e imaginario, no puramente natural, en el cual, se intercambian por medio del diálogo, conocimientos, creencias, significados e interpretaciones de las experiencias, hechos y fenómenos que nos acontecen de manera cotidiana en el MV (54-59). Por lo anterior, podemos entender la *enfermedad* como una interpretación humana, de un fenómeno que desborda los hechos netamente biológicos y, en este contexto, la *enfermedad* cobra sentido dentro de la cultura, en el marco de lo social y no fuera de este. Como corresponde al paradigma de la historia de la Medicina en torno al concepto de *enfermedad* analizado décadas antes por el médico y filósofo Georges Canguilhem en su obra titulada *Lo Normal y lo Patológico* (1971):

La enfermedad no sólo es desequilibrio o desarmonía, también es —y puede ser principalmente— el esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un nuevo equilibrio. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse. (18).

Siguiendo a Ostachuk (2015) el anterior concepto de *enfermedad* difiere de la definición propuesta por Louis Pasteur (1822-1895),²⁰ quién la entendía como algo que

²⁰ Químico y bacteriólogo francés, fundador de la microbiología y pionero de la medicina moderna. Pasteur sugirió una analogía entre la enfermedad y la fermentación: del mismo modo que la acción de microorganismos exteriores es la causa, por ejemplo, del deterioro de la leche, esos mismos microorganismos podían invadir un cuerpo sano y causar las afecciones. Llegó así a establecer, como consecuencia de sus trabajos, la llamada teoría microbiana o germinal de las enfermedades, según la cual muchas de éstas se deben a la penetración en un cuerpo sano de microorganismos patógenos. Pese a la incomprensión que suscitó (derivada en cierto modo del sentido común, para el que resulta sorprendente que seres microscópicos puedan matar a otros infinitamente más grandes), los resultados de sus ulteriores investigaciones acabarían avalando su hipótesis. Louis Pasteur orientó su actividad hacia el estudio de las enfermedades contagiosas (partiendo del supuesto de que eran debidas a gérmenes que pasaban de un organismo a otro), logrando no sólo confirmar su teoría, sino también desarrollar la vacunación

sobreviene al ser humano. Es decir, como algo que ingresa al cuerpo desde el exterior, muestra de ello, las infecciones que por medio de agentes externos (virus o bacterias) invaden el cuerpo y deterioran la salud, de tal manera que, para poder restablecer el equilibrio del sistema corporal es necesario eliminar dichos agentes externos causantes de la sintomatología del enfermo (1201). Por otro lado, estará en consonancia con la interpretación de la Grecia clásica, especialmente, desde la propuesta de Hipócrates, quién no atribuye a la *enfermedad* influencias de tipo externo, por el contrario, encuentra la causa como algo interno. En otras palabras, la naturaleza (*physis*) de manera general, incluido el hombre, es armonía y equilibrio. La *enfermedad*, es pues un desajuste en dicho equilibrio, una perturbación del balance armónico. Ante estas dos interpretaciones, Canguilhem (1971) dice que los agentes externos no son causa de la *enfermedad* por sí mismos, sino, mera ocasión o posibilidad (18) que se le presentan al cuerpo u organismo, pero que éste puede eludir o evitar. Así, la *enfermedad* tiende a ser un esfuerzo natural del cuerpo humano que busca encontrar un nuevo equilibrio, una reacción generalizada que se desarrolla con la intención de hallar una cura, no se trata, entonces, de extirpar los agentes externos o cualquier influencia dañina que provenga de fuera, por el contrario, se trata de fortalecer y estimular la respuesta natural del cuerpo para que permanezca o alcance un nuevo equilibrio.

Con lo anterior, se pretende reivindicar la idea del ser humano como individuo, la cual, se veía comprometida por la propuesta teórica de Pasteur sobre lo patológico y lo fisiológico vista ésta como algo uniforme o estandarizado para todas las personas. Esta interpretación concibe la *enfermedad* como algo que proviene del exterior y es causa de la alteración en el equilibrio interno del cuerpo, lo cual, se produce por distintas variaciones a nivel molecular y químico. Esta perspectiva considera que, dichas variaciones pueden ser observadas de forma objetiva mediante la observación física, los síntomas descritos por el paciente y los soportes técnicos de diagnóstico clínico, como, por ejemplo, exámenes de laboratorio, puesto que el cuerpo humano funciona de manera semejante para todos (Entralgo 1949, 320-325). Por tal razón, la *enfermedad* es una desviación cuantitativa por cantidad o defecto en el equilibrio ideal de las sustancias químicas o moleculares en el organismo. A diferencia de Canguilhem, quien considera que la *enfermedad* se presenta a nivel interno del cuerpo, resaltando que es el

como método preventivo. Conocida desde antiguo, el mecanismo de la vacunación es simple: estimular el sistema inmunitario exponiéndose al microorganismo responsable de una determinada enfermedad, a fin de que en el futuro pueda responder de inmediato ante una eventual infección. (Fernández y Tamaro 2004, 1-3).

individuo quien ya no puede incorporar sus propias normas respecto al medio ambiente que le circunda. En palabras de Canguilhem (1971):

La enfermedad del enfermo vuelve a ser —de una manera bastante inesperada— el concepto adecuado de la enfermedad, más adecuado en todo caso que el concepto del anatomo-patólogo. "Se impone la noción de que la enfermedad del hombre enfermo no es la enfermedad anatómica del médico. Una piedra en una vesícula biliar atrófica puede no dar síntomas durante años y por consiguiente no crear una enfermedad, mientras que existe estado de anatomía patológica. Bajo idénticos aspectos anatómicos se está enfermo y no se lo está (65).

Por ello, el estado de salud puede comprenderse como algo diferente para cada individuo, y no como algo generalizado que aplica indistintamente para todos. La salud en estos términos es algo que se valora desde la conciencia individual de cada persona. Es una construcción que no se remite a la norma como lo establecido de manera estándar, sino de la capacidad del individuo de generar sus propias normas en interacción con el medio ambiente que le rodea. Así pues, lo normal no se fija como algo que rige a todos por igual, sino que es un criterio individual y propio de cada ser humano. Lo patológico, visto como lo anormal, deja de ser una diferencia cuantitativa, ya sea, de exceso o de carencia en los niveles moleculares y químicos del sistema orgánico, y pasa a ser, una condición en la que el individuo ya no armoniza o responde a sus propias normas.

En correspondencia con lo anterior, podría decirse que Canguilhem propone una nueva forma de interpretar la relación entre el médico y el paciente. A saber, el médico ya no sería un intérprete de resultados de laboratorio y apoyos técnicos clínicos, ligado a sus conocimientos epistemológicos, no porque carezcan de importancia, sino porque lo preeminente se fija, en primer lugar, en la conciencia del individuo respecto de su propio cuerpo y de aquello que percibe como anormal en éste, es decir, la *enfermedad*. Dicho por Canguilhem (1971): "[E]l estado de salud es la inconsciencia del sujeto con respecto a su cuerpo. A la inversa, la conciencia del cuerpo se produce en el sentimiento de los límites, de las amenazas, de los obstáculos para la salud" (63). En segundo lugar, se encuentra la manifestación que hace el individuo acerca de su sintomatología ante el médico tratante. Esto es, la manifestación de su conciencia de *enfermedad*. Así, la conciencia del individuo se sobrepone sobre la Ciencia

Médica, dicho por Canguilhem (1971): “[...] porque esa definición de la *enfermedad* es la del enfermo y no la del médico. Válida desde el punto de vista de la conciencia, no lo es desde el punto de vista de la ciencia” (63). Existen, pues, dos perspectivas diferentes de *enfermedad* según Canguilhem (1971, 64), las cuales se pueden describir de la siguiente manera:

1. La *enfermedad* desde la Ciencia Médica: Esta perspectiva del concepto de *enfermedad* refiere alteraciones de tipo anatómico y fisiológico. Históricamente, las alteraciones anatómicas fueron las primeras en ser vinculadas con la patología (Canguilhem 1971). Estas alteraciones pueden evidenciarse principalmente en información clínica y soportes técnicos como pruebas de laboratorio. Dicha información puede corresponderse con la manifestación sintomática del individuo enfermo o no. Por lo tanto, no toda irregularidad que se evidencia mediante soportes técnicos de diagnóstico genera síntomas o manifestaciones de anormalidad en el individuo. Ahora bien, no toda alteración anatómica-fisiológica es una manifestación consciente de *enfermedad*, pues muchas de estas alteraciones no llegan nunca a manifestarse o su manifestación es tardía. Uno de los ejemplos más ilustrativos es el cáncer, en el cual algunos tumores empiezan su desarrollo sin presentar ningún tipo de síntoma en el individuo. Algunos tipos de cáncer raras veces suelen presentar síntomas, y son, principalmente, diagnosticados por exámenes preventivos, más no, por la manifestación del individuo sobre una alteración o anormalidad de la que haya sido consciente. De acuerdo con las estimaciones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). El índice de mortalidad en el mundo derivado de esta *enfermedad* es alto, a pesar de poder ser tratado si es detectado de manera temprana. El último reporte arrojó como resultado para el año 2022 una cifra de 20 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados alrededor del mundo con 9,7 millones de muertes, casi el 50% del total. Calculando que 1 de cada 5 personas en el mundo será diagnosticada con algún tipo de cáncer en el transcurso de su vida. Donde 1 de cada 9 serán hombres y 1 de cada 12 serán mujeres. Una persona puede cursar una alteración anatómica sin conciencia de *enfermedad* o dicha alteración puede ser descubierta por el personal médico mediante pruebas de laboratorio o imagenología de manera fortuita. La persona puede presentarse a una consulta por una molestia o afección nada relacionada con el cáncer, la cual nunca generó síntomas de *enfermedad*,

y el personal médico mediante pruebas diagnósticas prescritas para hallar evidencia de otras patologías, fortuitamente identifica el cáncer.

2. La enfermedad desde la conciencia del individuo: esta perspectiva de la *enfermedad se refiere*, específicamente a la perturbación fisiológica en el individuo. Dicha perturbación se presenta a modo de anormalidad o sufrimiento, lo cual lo lleva a un estado diferente del que había experimentado en el pasado y con el que no se sentía perturbado. La *enfermedad*, aquí, surge o puede revelarse a nivel clínico médico mediante la manifestación sintomatológica del individuo ante el médico, exponiendo, precisamente, aquellas anormalidades observadas en su organismo que lo hace dudar de su estado de salud. En esta interacción médico-enfermo prima la comprensión mutua entre ambas partes, el médico no se limita a la interpretación exclusiva de soportes diagnósticos diferenciados, los cuales pueden ser importantes, pero no son, en un primer momento, el punto de partida y, pueden no ser, coadyuvantes en el diagnóstico o la terapéutica recomendada. Este hecho se explica en que, la *enfermedad* desde la conciencia del individuo manifiesta la experiencia de lo anormal de su propio cuerpo, ésta no necesariamente es semejante a la experiencia de lo anormal en los otros individuos. Así, ciertos índices o marcadores estandarizados y normalizados de modo general para pruebas de laboratorio y criterios moleculares no se adecuan a todos los organismos, puesto que, el estándar es una medida parametral que pretende ser aplicable para el total de la población, pero no siempre cumple su objetivo. Un ejemplo muy familiar de este hecho es la COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2 en donde se puede evidenciar como para una cantidad amplia de individuos el resultado positivo de la prueba de laboratorio no es suficiente para tener experiencia de *enfermedad*, ni presentar ningún tipo de síntoma o alteración que haga dudar al individuo de su estado de salud. Por otro lado, se encuentran las personas que sí presentan síntomas asociados y tienen plena conciencia de la anormalidad que está cursando su cuerpo, así pues, son conscientes de estar enfermos. Esto quiere decir que, no todo lo que afecta la salud de un individuo necesariamente afecta la salud de otro, aunque se encuentren bajo la influencia del mismo factor externo (virus) puesto que cada cuerpo reacciona y desarrolla mecanismos de defensa que difieren a nivel individual. Así, lo normal no sería un parámetro colectivo, sino, un parámetro individual del modo en cómo el cuerpo reacciona a estímulos, agentes, sustancias, entre otros, a nivel externo o a los procesos internos de su propio sistema corporal y es,

precisamente este parámetro individual, el determinante de la *enfermedad* o lo patológico.

Para Canguilhem (1971), “[l]a enfermedad ya no se nos aparece como un parásito que vive sobre el hombre y del hombre a quien agota. La consideramos como la consecuencia de una desviación, inicialmente mínima, del orden fisiológico” (67). Es decir, la *enfermedad* se presenta como una novedad de tipo fisiológico en tanto se refiere a la funcionalidad integral de todo el sistema corporal que, además, es un proceso adaptativo del cuerpo humano que busca alcanzar un nuevo equilibrio en respuesta a las alteraciones que puede presentar por influencia del medio ambiente, ya sea, del entorno exterior o a nivel de sus procesos fisiológicos o balance interno. Esta es pues, la *enfermedad* del enfermo, distinta de la *enfermedad* del médico, considerada como una patología a nivel anatómico y entendido bajo criterios netamente positivistas.

2.2 Enfermedad y Sujeto

Desde una perspectiva subjetivista la *enfermedad* es caracterizada desde la interpretación y sentido que los individuos le otorgan. A partir de lo anterior, los sujetos se relacionan con la *enfermedad*, la cual se ve expresada en su comportamiento y la transmisión de sus costumbres como parte fundamental de su núcleo social. Hablar de *enfermedad* implica consecuencias sobre quien la padece y, por ende, sobre la sociedad de la cual hace parte dicho sujeto, ello implica mayor énfasis en las particularidades, eventos o hechos que comprenden el diagnóstico clínico. Dicho esto, pone de relieve ya no la importancia sobre el “correcto diagnóstico”, su exactitud positivista en términos puramente naturales y estructurales del cuerpo biológico. Así, para Canguilhem (1971): “[e]xiste una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos se enteran por ellos los hombres de sus enfermedades” (65). Lo que prima es la interpretación de los síntomas por parte del diagnosticado y de su entorno social, puesto que, en consecuencia, con la interpretación de los síntomas ocurren distintos tipos de comportamiento que pueden influenciar el total desarrollo de la vida del enfermo. Lo importante es la atención en el individuo dentro de la interpretación del MS, una interpretación integral de sus componentes simbólicos o lo que se conoce como

síntomas, en tanto que son expresión de *enfermedad* en una persona humana, a lo que también se denomina, es en sí, un actor social.

2.3 Enfermedad y Sociedad

Desde el ámbito social hablar de *enfermedad* remite a un asunto netamente relacional. Esta relación surge de primera mano entre médico y paciente, ambos observadores del mismo fenómeno, pero con perspectiva distinta. Los cuales, son clasificados de acuerdo con Lejarraga (2004, 273) de la siguiente manera: El primero, juega el papel de observador científico, y el segundo, de observador objetivo. Adicionalmente, incluyo un tercer observador de tipo secundario, éste es, el entorno social primario y no primario (familia, vecinos, compañeros de trabajo, sistema de salud estatal, gobierno, población en general). En esta relación articulada, no sólo por conocimientos previos o tipificaciones del sentido común, de los cuales todos los actores son partícipes, también es fundamental el significado que éstos le asignan desde la actitud natural a toda gama de fenómenos, como diría Schütz (1932).

Mi vivencia de ti, así como el ambiente al que te adscribo, llevan la marca de mi propio Aquí y Ahora subjetivo y no la marca del tuyo. Tenemos aún que referirnos a las diferentes formas que asume esta comprensión en las diferentes esferas del mundo social. Sin embargo, la simultaneidad de nuestras dos corrientes de conciencia no significa que a cada uno de nosotros se le den las mismas experiencias. Mi vivencia de ti, así como el ambiente al que te adscribo, llevan la marca de mi propio Aquí y Ahora subjetivo y no la marca del tuyo. También yo te adscribo un ambiente que ya ha sido interpretado desde mi punto de vista subjetivo. Presupongo entonces que en cualquier momento dado ambos nos estamos refiriendo a los mismos objetos, que trascienden la experiencia subjetiva de cada uno de nosotros. Esto ocurre así por lo menos en el mundo de la actitud natural, el mundo de la vida cotidiana en el cual uno tiene experiencia directa de sus congéneres, el mundo en el cual supongo que tú estás viendo la misma mesa que yo veo. (134)

No obstante, aquello que se interpreta no deviene exclusivamente del comportamiento de los semejantes sino de las señales consecuencia de dichos actos y, que pueden ser percibidas por diferentes observadores, como gestos, sonidos, cambio de lugar de un objeto, movimientos etc., y que no son por sí mismas, producto de la voluntad del actor, pero sí llegan a cobrar

sentido para quienes las observan. Lo interpretado del comportamiento de los semejantes es distinto de la autointerpretación de las experiencias propias. En palabras de Schütz (1932).

Cuando yo percibo un segmento de tus vivencias, ordeno lo que veo dentro de mi propio contexto de significado. Pero entretanto tú lo has ordenado en el tuyo. Así, yo estoy siempre interpretando tus vivencias desde mi propio punto de vista. (135).

Dicho lo anterior, el médico presupone del enfermo un tipo de comportamiento y, del mismo modo, el enfermo tiene ciertas expectativas o esperanzas ante las decisiones y directrices del médico para preservar el flujo de hechos que garanticen la adaptación al nuevo equilibrio o normalidad, puesto que, el anterior fue alterado por la *enfermedad*, que desde Canguilhem (1971) “[e]n suma, es un orden fisiológico nuevo y la terapéutica tiene que plantearse como objetivo la tarea de adaptar al hombre enfermo a ese orden” (67). En cuanto a la experiencia del fenómeno de la *enfermedad*, podría decirse que, no es idéntico en la relación médico-paciente, ambos son observadores, pero desde posiciones diferentes y, que no siempre, logran un punto de convergencia sobre dicho fenómeno. Por otra parte, de segunda mano y, no por ello, menos importante, surge la relación entre el enfermo y su entorno social primario conformado por sus familiares y amigos. Así también, en secuencia expansiva, su entorno social secundario, conformado por sus vecinos, compañeros de trabajo, hasta los entes estatales regionales y nacionales, que coincidiendo con la relación médico-paciente pueden diferir en la experiencia del fenómeno de la *enfermedad*. Por lo tanto, la salud y la *enfermedad* son esferas naturales biológicas de la vida humana y, a su vez, son construcciones sociales que dan sentido a las prácticas, creencias, mitos, costumbres, leyes, y demás aspectos culturales de una comunidad o sociedad. En tal caso, el fenómeno de la *enfermedad* interviene profundamente en las estructuras sociales, afectando a todos los observadores en diferentes medidas. Para ilustrar este aspecto social de la *enfermedad*, traigamos a colación, algunas *enfermedades*, tales como: la COVID-19, la lepra, la diabetes, el cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la hipertensión arterial, las *enfermedades* de transmisión sexual (ETS), la artritis reumatoide, la fibromialgia, la psoriasis, la depresión mayor con síntomas psicóticos, la ansiedad con episodios psicóticos y, para terminar, el resfriado común. Cada *enfermedad* o afección genera una percepción muy disímil entre los diferentes grupos de observadores, lo que propicia diferentes creencias, sensaciones, interpretaciones y demás aspectos que van dando lugar a la forma en cómo se afronta y se construye el significado de cada *enfermedad* en una

sociedad. Algunas de estas percepciones son: miedo, vergüenza, repulsión, asco, empatía, indiferencia, culpa, duda o incredulidad, rechazo, comprensión, interés científico, aislamiento, acompañamiento, apoyo, etc.

La construcción social de cada *enfermedad* está mediada por las percepciones e interpretaciones que los diferentes observadores tienen de éstas. Además de toda la influencia cultural, familiar y, en general, de toda la tradición que influye fuertemente en cada sociedad, algunas veces, estas percepciones pueden derivar de falsas creencias producto del miedo, el desconocimiento y la apatía con el otro semejante. O, también, encontrarse dirigidas por los intereses privados del sistema de salud estatal, las farmacéuticas y el gobierno. Otras veces, la construcción de cada *enfermedad* es influenciada por la cultura y las creencias religiosas de una sociedad en específico, donde la *enfermedad* puede cobrar un significado negativo o positivo según sea el caso. Es decir, puede ser “un castigo divino”, “la falta de conexión con la naturaleza”, “un ataque de fuerzas espirituales malignas”, “una herramienta para alcanzar la redención de los pecados”, “una posesión demoníaca” o, simplemente, “una prueba para fortalecer el alma o el espíritu”.

2.4 Construcción Social de la Enfermedad

Para hablar de salud y *enfermedad* en el marco social es necesario tener presente las costumbres, los hábitos, simbolismos y todas aquellas construcciones con significado que surgen en el seno de una sociedad, puesto que influyen directamente en la percepción que tienen los sujetos que integran dicha sociedad sobre estos fenómenos, sea, cual sea, el rol que desempeñen dentro de esta. No obstante, las percepciones que alcanzan quienes no tienen formación en medicina van cobrando relevancia, porque también cuentan como vías de acceso diferencial al fenómeno social de la *enfermedad* y la salud. Estas percepciones hacen parte de las representaciones sociales (Jodelet, D. 1986, 474).²¹ Y la cultura de una sociedad humana

²¹ El concepto de *representación social* designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno

que busca significar aquello que le acontece en su entorno y cotidianidad. Estas representaciones afloran en el marco del contexto social, las situaciones del cotidiano vivir y, del uso que se les da a las cosas, los conceptos y experiencias de un hecho particular.

De acuerdo con lo anterior, para acercarse al concepto de *enfermedad* desde un contexto social es necesario tener en cuenta diferentes puntos de partida, entre esos: la localización geográfica, la etnia, la ideología política y religiosa, el estatus socioeconómico y demás esferas de la vida social cotidiana. En la construcción social de la realidad existe un gran predominio de la fenomenología debido a que en la relación de subjetividades es donde se construye la realidad objetiva del mundo de la vida. El sujeto asume aquello que le acontece, le rodea, o encuentra en su entorno más próximo como algo real, sin detenerse en su propia percepción. (Berger y Luckmann 2003, 38-39) Por otra parte, todo contexto social está plagado de representaciones sociales que funcionan como mecanismos de la cultura y, por ello, intervienen en el comportamiento y las acciones del sujeto en la vida cotidiana, son construcciones objetivas con significado que hacen parte de un mundo real plagado de sentido y que es, a la vez, compartido entre sujetos semejantes en una vida o existencia común. Esta vida común se manifiesta en los diferentes grupos humanos que emergen en el seno del mundo de la vida, formaciones sociales, etnias y culturas que se integran por cercanías ideológicas, religiosas, geográficas, económicas, idiomáticas y demás afinidades sociales. Estas sociedades se reconocen y distinguen por tener conocimientos objetivos afines acerca de la vida cotidiana. Es decir, en estas sociedades se presenta un conjunto de símbolos y formas de significar que se aceptan, se usan y transmiten de forma colectiva por parte del total de sus integrantes.

Existe entonces una construcción del concepto de *enfermedad* a partir de la experiencia social del fenómeno. No obstante, cada *enfermedad* es construida como una experiencia única o un fenómeno específico, desde el cual, toma un significado, una percepción y una interpretación diferente. Por lo tanto, la construcción social de cada *enfermedad* permite la identidad de cada una como algo único. En esta investigación, nos ocuparemos específicamente de la fibromialgia, intentado mostrar las razones por las cuales, se considera una construcción

social, material e ideal. En tanto que tales [sic], presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. (Jodelet, D. 1986, 474).

social que interviene la vida y el comportamiento de quienes han sido diagnosticados con esta *enfermedad*.

Todo el sistema de significado que rodea una construcción social es importante, porque influye directamente sobre la experiencia que una comunidad puede tener con relación a esta. En la construcción social de la *enfermedad*, se encuentran diferentes grupos de observadores como ya se explicó anteriormente, estos serían: observador científico (médicos), observador objetivo (paciente) (Lajarraga 2004, 273) de manera complementaria sugiero la adición de los observadores sociales primarios y no primarios (familia, vecinos, compañeros de trabajo, sistema de salud estatal y gobierno, población en general). En el caso de la construcción social de la fibromialgia, los observadores objetivos pueden encontrarse con una gama de consecuencias desfavorables de acuerdo con cada individuo, estas influyen directamente en el total de su experiencia de vida, siendo los grandes afectados dentro de esta relación de observadores.

Existen dos consecuencias desfavorables que podrían ser las de mayor relevancia, a saber: la experiencia de tipo intersubjetivo, la cual, se nombra aquí como Cerramiento del Mundo Social (CMS), y la experiencia de tipo externo que nombraremos *percepción negativa*. La primera significa, evitar o evadir cualquier tipo de estímulo que provenga del entorno en general, ya sea, social (compañía humana o animal, conversaciones o cualquier tipo de comunicación interpersonal) o natural (lugares, objetos, sonidos, luces). Es decir, es un estado de saturación total de la conciencia del sujeto cuando se encuentra en una situación límite de la experiencia humana, entre estas, padecimiento de dolor físico severo, angustia exacerbada moral o psicológica, patologías mentales, traumas psicológicos y muerte. Ejemplo de esto, la saturación del espectro de radiodifusión, que luego de verse colmada su capacidad no puede ni recibir ni enviar ondas de sonido. En este sentido, el sujeto sería el espectro radial y la experiencia límite (en este caso dolor severo) serían los canales que colman la amplitud del espectro. Otra analogía posible, pensar el sujeto como un globo de fiesta: los globos son inflados con aire, y este aire sería la experiencia límite (en este caso dolor severo), cuando un globo recibe más del aire que puede contener se explota, cuando un sujeto percibe de manera abrumadora una experiencia límite (dolor severo) se paraliza de manera física y psicológico-mental. Esto implica que pierde la capacidad de interacción y comunicación con el entorno

social o natural. Por el otro, la segunda, por parte del entorno social respecto a la entidad clínica²² del SFM. En este apartado se abordará la segunda consecuencia negativa por pertinencia investigativa, dejando la primera para un análisis detallado en el capítulo IV de este proyecto de investigación.

Ian Hacking (2001) en *¿La construcción social de qué?* aborda la perspectiva biológica y social de algunos conceptos, tales como, *enfermedad mental y discapacidad*, entre otros, para ejemplificar el debate actual sobre el alcance de las construcciones sociales, preocupándose puntualmente en el *qué* es lo que realmente se está construyendo, sentando su postura crítica al exponer los argumentos más comunes en la naturaleza del conocimiento y sus objetivos. Puntualmente, ha explorado cómo las categorías y conceptos asociados a las enfermedades mentales y los trastornos psicológicos se han desarrollado y transformado a lo largo de la historia, argumentado que la manera en que se entienden y se diagnostican estas afecciones, no se escapan de ser influenciadas por factores sociales y culturales. Por lo tanto, estas categorías pueden cambiar con el tiempo, tal como se transforman las sociedades. Este es el caso de la *locura* y la *personalidad múltiple*. Estas construcciones sociales no son arbitrarias, sino que están arraigadas en las prácticas y las instituciones de una sociedad particular.

Para mayor comprensión de lo anterior, el autor distingue dos formas distintas de abordar la realidad. Por un lado, desde el enfoque realista para quienes las cosas u objetos del mundo existen independientemente de los seres que las perciben y su forma de conocerlos. Por lo general, las descripciones que se realizan desde este enfoque parten del conocimiento empírico o de la experimentación científica. Por otro lado, se encuentra la realidad desde el enfoque construccionista, desde el cual se defiende todo lo contrario, sus descripciones, no precisamente refieren la realidad externa y objetiva, sino las interpretaciones y representaciones de los fenómenos y entes observados con los cuales, se encuentra en relación el sujeto que los percibe y su forma de conocerlos. Por demás, el realismo queda influido por una teoría de la verdad denominada *teoría de la correspondencia* (Posada, Díaz, Aguirre 2013,

²² Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "aquella alteración o interrupción de la estructura o función de una parte del cuerpo, con síntomas y signos característicos y cuya etiología, patogenia y pronóstico pueden ser conocidos o no".

165)²³ desde la cual, la verdad o la falsedad de los enunciados proviene de si estos describen de manera apropiada y exacta como es el mundo. Hacking toma distancia de este enfoque correspondentista, y se autodenomina como un realista dialéctico, pues para él, lo importante se encuentra en la forma en que se nombran las cosas del mundo y las interacciones que surgen con lo nombrado y no tanto con la exactitud descriptivista del realismo semántico. En estos términos, la enfermedad no se agota en una mera alteración orgánico-biológica, puesto que, puede también ser una construcción social, que, en algunos casos, puede considerarse mixta por abarcar ambos componentes. Estas dos formas descriptivas de la realidad, Hacking las expone como tipos de clasificaciones que refieren, ya sea a objetos o ideas.

La clasificación de los objetos estaría dentro del campo de las ciencias naturales. Dichos objetos o elementos constitutivos no presentan un desempeño activo con la clasificación. Por lo cual, son nombradas clasificaciones de tipo *indiferente*, lo cual quiere decir que no interactúan con la etiqueta impuesta, porque no son entes conscientes de las mismas. La clasificación de las ideas se remite al campo de las ciencias humanas, donde sus componentes constitutivos son personas conscientes de la etiqueta que les ha sido impuesta, por lo cual, su desempeño es activo debido a que interactúan con la clasificación que les ha sido asignada. De ahí que hayan sido nombradas clasificaciones de tipo *interactivo*. De esta segunda forma de clasificación, surge el *efecto bucle* de las clases humanas, el cual refiere la interacción entre las etiquetas de clasificación (ideas) y las personas clasificadas. En esta correspondencia e intercambio de información se van transformando dichas ideas (construcciones sociales) de acuerdo con la época, situación geográfica, cultura, disposición afectiva y cognoscitiva de las personas intervenidas por la clasificación social que, al hacerse conscientes de su clasificación adoptan cambios comportamentales que afectan su realidad vivida, a partir de la descripción de la etiqueta que les concierne desde la interpretación personal de dicha clasificación. Entre este tipo específico de clasificaciones, el autor aborda el caso particular de las enfermedades mentales, especialmente, de un tipo particular de éstas, al cual nombra *Enfermedad Mental Transitoria* (EMT) así:

²³ “Esta teoría afirma que una proposición es verdadera o falsa en su relación de adecuación o inadecuación con los hechos del mundo. Por tanto, la teoría de la verdad como correspondencia establece que el valor de verdad de los enunciados se da en la relación de las proposiciones con los hechos del mundo.” (Posada, Díaz, Aguirre 2013, 165)

Otras enfermedades mentales son lo que yo llamo transitorias. No me refiero a que duren sólo un cierto tiempo en la vida de un individuo. Me refiero a que se presentan sólo en algunas épocas y en algunos lugares por razones que sólo podemos conjeturar que están relacionadas con la cultura de esas épocas y lugares. (Hacking 2001, 169)

Para que dichas EMT puedan desarrollarse, debe existir de manera previa, un segmento o *nicho ecológico*, el cual (Hacking 1998, 81) “[t]iene la virtud de sugerir diferentes tipos de fenómenos, actuando de diferentes maneras, pero cuyo resultado podría ser un espacio apto en que podría desarrollarse una enfermedad mental”. Ahora bien, según Hacking (1998, 81-82) este nicho ecológico debe cumplir por lo menos con los siguientes vectores definitorios:

1. Vector médico-taxonomico: la entidad clínica (que en este caso es la EMT) debe poder ser clasificada dentro de los parámetros taxonómicos médicos. Es decir, requiere poder ser reconocida desde el acervo lingüístico previo del campo clínico.
2. Vector de polaridad cultural: la enfermedad debe encontrarse ubicada entre dos polos opuestos de tipo valorativo (bueno o malo). Por una parte, la expresión de los síntomas asociados a la enfermedad debe asociarse con la virtud del enfermo, y por la cual, genera admiración colectiva. Por otra parte, dichos síntomas deben ser causa de un profundo repudio y malestar colectivo.
3. Vector de observabilidad: la entidad debe ser visible en la esfera social desde la población común hasta la comunidad experta como un trastorno que causa malestar y sufrimiento reflejados en el comportamiento del enfermo o diagnosticado.
4. Vector de liberación: el comportamiento derivado de un trastorno debe permitir al enfermo el alcance de unos objetivos específicos que dentro de la normalidad no podrían ser logrados. Este vector tiene una relevancia mayor, puesto que sirve como agente reclutador de los componentes (personas) que integrarán la entidad clínica como es el caso de la EMT.

De esta manera, si alguno de estos vectores es alterado, la entidad clínica puede llegar a desaparecer, y ésta se consideraría una de las razones por las cuales las EMT aparecen y desaparecen en distintas épocas o lugares geográficos. A partir de las consideraciones anteriores, se analiza el caso particular de la fibromialgia para intentar comprender si dicha entidad clínica corresponde con una mera construcción social, una EMT o una enfermedad de

tipo mixto, que integra tanto componentes natural-biológicos como construccionistas que puede corresponder como una clasificación de tipo indiferente, al tiempo que, con una clasificación de tipo interactivo.

2.5 Construcción Social de la Fibromialgia

2.5.1 Aspectos Clínicos

Uno de los factores de mayor énfasis en la definición de una nueva entidad clínica a lo largo de la historia de la medicina es la *sintomatología*. Esta es referida por los pacientes a la hora de consultar al personal de la salud. Este factor sintomatológico va cobrando importancia por el número de pacientes que consultan, la gravedad de la afectación referida, la demanda de mayor cantidad de consultas y el riesgo sanitario para la población general que puede verse afectada por dicha entidad clínica. Por otra parte, luego del reconocimiento de la sintomatología, y lo que ello, implica en la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, se sigue la búsqueda de aquellos soportes diagnósticos que sirvan para la determinación de los factores de riesgo, el estado del paciente que expresa los síntomas y, en general, todo lo que implica el cuidado del paciente en la determinación de su estado de salud, el correcto diagnóstico de su afección, la recuperación o el mejoramiento de la calidad de vida y el manejo eficiente de los recursos sanitarios. En esta relación médico-paciente, se ven expresadas las dos formas de abordar la enfermedad propuestas por Canguilhem. En primer lugar, y a partir de la manifestación sintomatológica del paciente, se encuentra la enfermedad como conciencia del enfermo, y en segundo lugar, a partir de la búsqueda de soportes de diagnóstico clínico de criterio, un tanto más positivista, la enfermedad como ciencia médica. Ambas comprenden el fenómeno de la enfermedad desde ámbitos diferentes, como ya se explicó, previamente. No obstante, sea cual sea el abordaje que se decida seguir, tendrá implicaciones en la persona enferma. Implicaciones que pueden reflejarse en la comprensión e interpretación que hace el sujeto sobre su propia experiencia de la enfermedad, las cuales pueden ser observadas en su comportamiento, su disposición afectiva, sus relaciones interpersonales, su actitud frente al entorno natural, social y su cognición.

Dicho lo anterior, el Síndrome de Fibromialgia (SFM), fue reconocido por la OMS como entidad clínica o enfermedad en el año 1992, de acuerdo con (López y Mingote 2008, 348) su nombre deviene de *fibros* tejidos blandos del cuerpo, *mios* músculos y *algia* dolor. Es decir, “Dolor musculoesquelético”. A esta definición podemos añadir, “generalizado crónico y de causa desconocida”. Esto es, de las partes fibrosas del cuerpo como lo son los músculos, los tendones y los ligamentos. La primera denominación conocida fue fibrositis introducida por William Gowers en 1904, pero, al no evidenciarse problemas mayores de inflamación periférica en pacientes con la sintomatología propia del SFM, el nombre se modificó al actual. Esta entidad clínica presenta síntomas múltiples fisiopatológicos causantes de la alteración en el Sistema Nervioso Central, específicamente, en el sistema de autorregulación y control de la experiencia de dolor (sensibilidad nociceptiva y análgica). Por lo tanto, el dolor causado por el SFM es de origen neurológico. Como lo describe López y Mingote (2008):

La base fisiopatológica de este fenómeno es la hiperactivación de los receptores de Nmetil-D-aspartato (NMDA), y la sustancia P en la asta dorsal de la médula espinal. El sinergismo entre sustancia P y los receptores NMDA desempeña un papel fundamental en la perpetuación de la hiperalgesia secundaria de origen central. La fibromialgia es más que un dolor muscular, es un tipo de dolor neuropático general. Los rasgos multidimensionales de la fibromialgia pueden ser explicados por una respuesta patológica de los mecanismos de adaptación al estrés crónico y al dolor. (348).

El resultado de esta alteración persistente se evidencia en la sintomatología clínica que experimentan los pacientes con SFM. Siguiendo a (López y Mingote 2008, 350-351) estos síntomas se ven reflejados en dolor múltiple, frecuentemente extremo y generalizado, la ampliación de la sensibilidad hacia éste, rigidez principalmente matutina que impide en la mayoría de casos el movimiento del cuerpo de forma inmediata al despertar, cansancio extremo sin causa aparente, problemas graves del sueño, ya sea, para ser conciliado o para tener una adecuada reparación (la fase IV (DTM 2012)²⁴ es la más alterada), problemas psicológicos especialmente ansiedad, depresión y estrés, aunado a parestesias, disestesias e hiperalgesia (DTM 2012)²⁵ consecuencia de las alteraciones específicas de esta entidad clínica. Además, se

²⁴ Fase IV, etapa de sueño profundo o de sueño Delta. Es la etapa más importante de todas, ya que va a determinar la calidad de nuestro descanso físico y mental. Diccionario de términos médicos 2012).

²⁵ La parestesia describe síntomas sensoriales como entumecimiento y hormigueo, “sensación de insectos en la piel” o una sensación de “pinchazo de alfileres y agujas”. Es molesta e incómoda, pero generalmente no se

asocian otras entidades clínicas como dolores de cabeza frecuentes, síndrome de Raynaud (DTM 2012)²⁶, síndrome de colon irritable, hinchazón de los miembros superiores e inferiores, pérdida del movimiento articular asociado al dolor, tumefacción en las extremidades y trastorno del músculo temporomandibular. Por otra parte, esta patología se presenta principalmente en mujeres en una proporción del 75%, la mayoría de las veces en la edad adulta entre los 20 a 60 años, pero no se descarta que surja en infantes, adolescentes y adultos mayores (López y (Mingote 2008, 346). El diagnóstico del SFM es por criterio del especialista de la salud, algunas veces diagnosticado por reumatólogos, neurólogos y en casos específicos por psiquiatras. Estos diagnostican al paciente basados en la Historia Clínica (HC) y por descarte del padecimiento de otras enfermedades o patologías. En correspondencia con (Walfe, F., T., A., y Bruusgaard, D 1994, 82-84) no existen hasta el momento soportes diagnósticos específicos que determinen que un paciente padece este síndrome y, por lo tanto, este es uno de los mayores retos de la ciencia clínica respecto del SFM. El reto es encontrar una etiología específica y plenamente conocida.

La dificultad del diagnóstico radica precisamente en la falta de soportes de tipo técnico (soportes diagnósticos), que no se limiten a la HC del paciente y su sintomatología. Estas herramientas y apoyos resultan indispensables en la determinación de la etiología específica de la entidad clínica y la elaboración del plan de manejo para la recuperación o acondicionamiento eficiente de la calidad de vida del paciente. Éste es uno de los obstáculos de mayor relevancia en el manejo clínico del SFM, puesto que por tener causas multifactoriales y carecer de soportes diagnósticos específicos ha sido un total desafío establecer su patogénesis. En consonancia con lo anterior, la fibromialgia cursa como una enfermedad desde la conciencia del individuo, puesto que, esta se manifiesta desde la perturbación fisiológica y la sintomatología que refiere el enfermo, especialmente, el dolor percibido descrito de moderado a severo a nivel crónico, una sintomatología que no refleja alteraciones o lesiones mayores de tipo anatómico, ni

considera dolorosa. La hiperalgesia es una mayor sensibilidad a los estímulos dolorosos. La disestesia es más grave que la parestesia porque se torna dolorosa, quemante y lacerante, no tiene estímulos aparentes. Diccionario de términos médicos 2012).

²⁶ La enfermedad de Raynaud causa sensación de adormecimiento y frío en algunas zonas del cuerpo, como los dedos de las manos y de los pies, en respuesta a temperaturas frías o al estrés. En la enfermedad de Raynaud, las arterias pequeñas que irrigan la piel se estrechan y limitan así el flujo de sangre a las zonas afectadas (vasoespasmio). (Diccionario de términos médicos 2012).

disonancias con los parámetros establecidos dentro de la norma socialmente aceptada del criterio médico. Dicho por Canguilhem (1971)

La enfermedad del enfermo vuelve a ser —de una manera bastante inesperada— el concepto adecuado de la enfermedad, más adecuado en todo caso que el concepto del anatomo-patólogo. "Se impone la noción de que la enfermedad del hombre enfermo no es la enfermedad anatómica del médico. (65)

Es así como, la fibromialgia se manifiesta como una anormalidad de los parámetros propios del cuerpo del individuo, aunque no exista hasta el momento evidencia suficiente de lesión o alteración a nivel anatómico. El SFM se ha presentado como un desajuste o anormalidad a nivel funcional o fisiológico del individuo, el cual, ya no se adapta a los estímulos recibidos del medio ambiente a los cuales está expuesto, en tanto que, aquello que se percibía como agente excitante, ahora se percibe como un agente irritante. Así, cambia por completo la manera en cómo se percibe el dolor. Entiéndase desde el análisis histórico de la medicina realizado por Canguilhem (1971) que, "[l]a excitación es el hecho vital primordial (...) [en el que] el hombre sólo existe en virtud de la excitación que ejercen sobre sus órganos los medios ambientes en los cuales está obligado a vivir" (29).

Siguiendo los aportes del mismo autor, éste nombra dos tipos de superficies de relación: las internas y las externas, las cuales se sitúan entre dos tipos de excitantes, los cuerpos extraños y la influencia del cerebro. "[B]ajo la acción continua de estas múltiples fuentes de excitación se mantiene la vida" (Canguilhem 1971, 29). Cuando los niveles de excitación se salen del parámetro de lo normal que tiene el cuerpo de cada individuo, esto puede considerarse como anormal o patológico. Estos desajustes en la intensidad de la excitación pueden encontrarse dentro del defecto o del exceso y constituyen la irritación. Dicho por Canguilhem (1971), "[l]a irritación es la excitación normal, transformada por su exceso" (31). De tal manera que, podríamos decir que la fibromialgia presenta un total desajuste en la percepción de los excitantes, en la cual, el cerebro no logra distinguir los parámetros de normalidad de excitación, al punto que, transforma cualquier excitante en un excitante por exceso, es decir, en un irritante. Así, la fibromialgia, puede considerarse como un estado cuasi permanente de irritación. Esto explicaría porque una persona con SFM percibe dolor exacerbado bajo estímulos no nociceptivos, ni inflamatorios, ni anatómicos, ni neuropáticos, puesto que, casi cualquier

estímulo dentro del parámetro de excitante es asumido como un estímulo por exceso, como un irritante, esto enciende las alarmas del cuerpo, por llamarlo de alguna manera, al estado de defensa permanente en la que el cerebro de una persona diagnosticada con fibromialgia permanece la mayor parte del tiempo en un sistema de defensa. En otras palabras, el individuo diagnosticado con SFM al percibir de manera constante casi cualquier estímulo como una amenaza (percibe los excitantes como irritantes) su sistema de alerta se activa y envía señales equívocas de dolor como una alerta para atender y reparar los “daños inexistentes” o nocivos en todo el cuerpo. El dolor permanente de la fibromialgia puede interpretarse como una alerta natural del propio organismo que, al no encontrarse en capacidad de diferenciar los excitantes de los irritantes, envía alarmas constantes de tipo nociceptivo y doloroso para fijar la atención o indicar las partes del cuerpo donde percibe un excitante como irritante, un estímulo inocuo como un estímulo nocivo.

2.5.2 Aspectos Socioafectivos

Las dificultades y desafíos no se limitan al ámbito netamente clínico, por lo contrario, han generado diferentes fenómenos en la construcción de esta entidad clínica desde antes de ser reconocida, como tal, por la OMS. Por un lado, se encuentra la experiencia de los pacientes quienes padecen y sufren con una sintomatología por un lapso amplio antes de ser diagnosticados. Un padecimiento que se ve reflejado en la disminución de sus capacidades básicas, el sufrimiento constante causado por el padecimiento de dolor permanente, múltiple y extremo, junto con los demás síntomas asociados a la enfermedad. Por otro lado, la experiencia del núcleo social del cual hace parte dicho paciente.

Cuando se habla de enfermedad, patología, entidad clínica y, por supuesto, del síndrome de fibromialgia, se habla no solo de un hecho objetivo que se remite a un individuo o un conjunto de individuos que lo padecen, sino también, de la pertenencia de estos individuos como actores directos del mundo de la vida (MV). En la construcción social del SFM se han identificado diferentes fenómenos sociales que interfieren; estos dependen del tipo de actor o papel que desempeñe el sujeto dentro de dicha sociedad. Ejemplo de esto es el criterio de la comunidad médica, la experiencia del paciente, la percepción de los familiares y amigos del

paciente y, en general, la percepción de la enfermedad por parte de todo el núcleo social. “[E]s posible que el mundo de la vida de todos nosotros pueda ser convertido en objeto de contemplación teórica y que el resultado de esta contemplación pueda ser utilizado dentro del mundo del ejecutar” (Schütz 2003, 227-228).

Por lo tanto, en la construcción social de la enfermedad, específicamente del SFM, es necesario entender la génesis perceptual de los actores implicados (directos e indirectos) y las implicaciones que estas percepciones generan en la vida del paciente. Para comprender lo anterior, analicemos si esta entidad cumple con los cuatro vectores del nicho ecológico propuesto por Hacking. Este decantamiento analítico es pertinente, porque arroja información importante, no solo de los clasificados con SFM, sino también, del entorno social que los rodea. En el caso del primer vector (médico-taxonómico), podemos observar que el SFM cumple con el criterio asociado, puesto que se encuentra plenamente catalogada dentro la taxonomía clínica como una entidad que pertenece a los desórdenes que alteran o excitan el sistema nervioso central SNC generado por diversas alteraciones en los neurotransmisores, causando una predisposición a nivel biológico de mayor sensibilidad a la percepción de dolor incluso sin exposición a daños reales o potenciales del sistema orgánico. El segundo vector (polaridad cultural), también se cumple a la perfección, las posiciones enfrentadas acerca de la enfermedad SFM saltan a la vista con distintas percepciones que van desde la empatía y la admiración hasta el rechazo, la marginalización, la desconfianza y el repudio ante la expresión de una sintomatología que desborda los límites de lo normal. El tercer vector, habla sobre el aspecto de observabilidad, el cual cumple la entidad por completo. El SFM es un fenómeno que se encuentra en expansión, el Colegio Americano de Reumatología (CAR) publica en el 2023 que aproximadamente el 4% al 6% de la población mundial se encuentra diagnosticada, y aunque el número de enfermos no es igual para cada territorio, si se reconoce que es una entidad visible u observable a nivel global. Por último, el vector de liberación es el punto problemático de la entidad clínica, puesto que, identificar aquel objetivo vital que esta enfermedad ayuda alcanzar no es idéntico para todos los diagnosticados. No obstante, podrían identificarse algunos objetivos, como por ejemplo: 1) la búsqueda de una pensión anticipada por pérdida de la capacidad laboral; 2) la satisfacción de la necesidad de pertenencia que tienen los seres humanos como especie social, es decir, hacer parte de la clasificación permite sentirse pertenecientes a un grupo social y adoptar los comportamientos asociados a dicho grupo social; 3) la obtención de beneficios sociales, políticos y económicos del entorno que por fuera de la

clasificación como diagnosticado con SFM sería imposible o dificultoso obtener. Estas características de liberación son herramienta de reclutamiento para la captación de los elementos constitutivos de la clasificación.

En una interpretación superficial pero racionalmente bien construida, la fibromialgia cursará como posible enfermedad mental de tipo transitorio. Sin embargo, el cuarto vector presentaría un sesgo interpretativo, en tanto que, no toda persona diagnosticada con SFM se encuentra en un proceso o litigio para la obtención de una pensión anticipada. Lo cual requiere un camino largo y una lucha exhaustiva del reconocimiento de los derechos del empleado que no todas las veces es fallado favorablemente para determinar la enfermedad como razón suficiente de pérdida de la capacidad laboral. Existe también el caso de un número importante de personas que son diagnosticadas y no pertenecen al campo laboral. Dicho esto, esta alternativa de liberación perdería peso. A continuación, queda la búsqueda de la satisfacción de la necesidad de pertenencia, pero no todo diagnosticado con SFM es una persona que busca la adherencia a un grupo social por su baja capacidad de interacción o no todos los enfermos son personas incapaces de desarrollar redes de apoyo, o simplemente generar sus propios espacios sociales satisfactorios, debido a que, no por estar sometido a la clasificación de la fibromialgia necesariamente se es una persona con necesidades sociales subyacentes. Por último, no todo diagnosticado SFM es una persona que busca una ventaja, ya sea, social, económica, política y demás, puesto que, la percepción de los observadores no siempre es de empatía y admiración. Al contrario, la idea construida a partir de la fibromialgia ha sido causa de rechazo, repudio, problemas interpersonales con familiares, instituciones y amigos quienes ven en la entidad clínica una excusa para evadir responsabilidades, compromisos y en general para un comportamiento que se sale de lo normal aceptado. Por todo lo anterior, la fibromialgia no cumple con los criterios básicos de una enfermedad mental transitoria.

En la medida de lo anterior, la fibromialgia tampoco podría catalogarse como una simple construcción social para disciplinar cierto tipo específico de personas que a partir de su comportamiento rompen con los cánones de lo normal aceptado, puesto que, la fibromialgia sí presenta alteraciones de tipo biológico orgánico en quienes son diagnosticados correctamente. Con esto se quiere decir que, a pesar de no existir una etiopatogenia plenamente establecida, cada vez la evidencia de tipo clínico es mayor, la información adquirida mediante soportes de

neuroimagen (Resonancia Magnética RM, TAC cerebral, etc.) a partir de estudios clínicos de tipo anatómico, molecular y de estímulo, presentados por Gómez-Argüelles, Maestú-Unturbe, Gómez-Aguilera (2018). “[H]an descrito diferentes áreas del sistema nervioso central, relacionadas entre sí, que se alteran no sólo de forma funcional, sino también estructural, en los pacientes con fibromialgia. Estas áreas involucradas se extienden más allá de los circuitos de dolor, lo que explicaría la variada sintomatología de los pacientes y el dolor característico referido por ellos.” (394)²⁷ Estos estudios concluyen en evidenciar cambios significativos en la estructura cerebral y fluctuaciones anormales de los neurotransmisores que regulan el estrés y el estado de alerta del organismo, los cuales promueven un estado alterado en la percepción de amenaza constante o peligro inminente, puesto que, el cerebro de una persona con SFM no distingue correctamente los estímulos nociceptivos de otros.

²⁷ A continuación, se presenta el estudio tras la aplicación de un estímulo doloroso. Las bases físicas son similares a las técnicas utilizadas en la Resonancia Magnética RM en estado de reposo. Consisten en períodos con una actividad cerebral determinada de unos 30 segundos mediante un estímulo y otros 30 segundos con los ojos cerrados sin estímulo. Los datos son analizados y se identifican las áreas con variación de señal. La mayoría de los estudios que utilizan estímulos externos (habitualmente dolorosos) para provocar una respuesta cerebral se han realizado con RM utilizando el método BOLD. La señal BOLD puede detectar pequeños cambios en diferentes áreas cerebrales, normalmente mediante la aplicación de un estímulo (on), y compararlos con el estado de no estimulación (off). Este método puede introducir incluso eventos aleatorios para evitar el sesgo de anticipación al estímulo. Existen estudios ante diferentes estímulos dolorosos; presión, calor, compuestos químicos o eléctricos, heridas por medio de una incisión, o incluso ante imágenes aversivas. Uno de los primeros estudios, y sobre el que se han basado la mayor parte de los posteriores, fue el de Gracely. En este trabajo se compararon por RM a pacientes con fibromialgia frente a controles (personas sanas), sometidos a presión dolorosa en el primer dedo de la mano. Se extrajeron tres importantes conclusiones:

El dolor que sufren los pacientes con fibromialgia no está confinado a los puntos sensibles que se describen en sus criterios de clasificación, si-no que es algo más generalizado.

A igual presión, los controles definían ésta como nada o poco doloroso, y no había cambios en la actividad BOLD; en cambio a los pacientes les producía dolor moderado, y se acompaña de cambios en el estudio BOLD en áreas relacionadas previamente con el dolor, como la ínsula, la S1 o la corteza cingulada anterior.

A igual dolor subjetivo, las activaciones BOLD fueron similares en ambos grupos, pero en cambio, para producir ese dolor, la presión tuvo que ser el doble en los controles que en los pacientes.

Con este estudio se pudo demostrar por primera vez que la sensibilidad a la presión que sufrían los pacientes era real, no exagerada o simulada. Estudios posteriores han confirmado los resultados expuestos en este primer trabajo, con las mismas áreas involucradas u otras relacionadas con las anteriores. Otros trabajos en los que se han utilizado otros estímulos dolorosos, como calor, estímulos químicos con protones de pH bajo o prostaglandinas en el antebrazo, e incluso con la producción de una herida por incisión en antebrazo, han mostrado todos ellos alteraciones en las áreas cerebrales relacionadas con el dolor crónico. Como ampliación a este último estudio se realizó el mismo experimento también en pacientes con artritis reumatoide, y se observaron las mismas alteraciones cerebrales sólo en los pacientes con fibromialgia, y no en los que padecían artritis, lo que confiere más especificidad a los resultados expuestos. (M. Gómez-Argüelles, C. Maestú-Unturbe, E.J. Gómez-Aguilera (2018, 394-402).

Ante casos particulares como es el SFM, Hacking hace una salvedad, proponiendo un tipo de clase que no se limita a lo puramente biológico-natural de tipo indiferente, pero que tampoco corresponde con lo meramente construccionista de las clasificaciones humanas que se utilizan para crear tipos de personas, éstas últimas son de tipo interactivo. Conciliar ambas posturas ante este tipo de entidades como lo es el SFM es oportuno, ya que ambas pueden reflejar aspectos importantes sobre la entidad clínica desde las investigaciones a nivel biológico, pero también encontrar información pertinente a partir de la idea construida de la misma. Es así como, la entidad clínica del SFM cursa como una enfermedad de tipo mixto que puede tener características asociadas al tipo de clasificación indiferente al tiempo que presenta características del tipo de clasificación interactivo. El punto central descansa sobre la idea moral de que la carencia de evidencia de tipo empírico objetivo no debe dar lugar a la exclusión, discriminación o rechazo de las personas diagnosticadas con enfermedades que cursan con las clasificaciones de tipo mixto, debido a que, no siempre se encuentran dichas evidencias al tiempo que se presenta la sintomatología. Dicho por Hacking (2001):

¿Y qué hacemos con el autismo infantil? Sabemos que debe ser de naturaleza neurológica, pero no tenemos ni idea de cuál es su neurología, así que lo tratamos sintomáticamente, como los psicólogos. ¿Es incorrecto que intentemos como doctores ayudar a los niños autistas sólo porque no conocemos todavía la neurología? Consideraba que este argumento era demoledor. (194)

Para comprender mejor la pertinencia del ejemplo sobre el autismo infantil, reemplace este con el SFM y el panorama de comprensión se amplifica. La existencia de al menos un solo trastorno biológico funcional compartido por todas aquellas personas diagnosticadas causante de la sintomatología asociada al SFM, convertiría dicha clasificación en una natural de tipo indiferente. No obstante, aún faltan algunas evidencias mayores que determinen exactamente cuál es ese dicho trastorno biológico, en espera de ello, pero reconociendo que su aparición es cada vez más posible, la clasificación es de tipo interactivo, que cursa como mixto. Ante casos especiales como la fibromialgia, siguiendo a (Hacking 2001, 195), podríamos decir que, a pesar de reconocerles ciertas especificidades biológicas, de manera inmediata, es preferible darles un trato psicológico. No obstante, la terapia psicológica conductual requiere un esfuerzo y una inversión económica mayor que la prescripción de analgésicos o terapia farmacológica. Finalmente, (Hacking 2001) resuelve el dilema de las enfermedades de tipo mixto, las cuales

cursan como socialmente construidas y, a la vez, reales. En este sentido, podría entenderse la fibromialgia como una clasificación de tipo mixto, puesto que, tiene un componente interactivo, donde la idea sobre ella es socialmente construida, mientras que la patología, como tal, es real (198). La fibromialgia como clase interactiva produce cambios comportamentales, disposiciones afectivas, autopercepciones que implican cambios en la identidad de las personas clasificadas. No obstante, la fibromialgia como patología biológica es una clasificación indiferente que no genera ninguna intervención en dicha entidad.

CAPÍTULO III

SOCIOFENOMENOLOGÍA DEL DOLOR FÍSICO: ACCESO AL DOLOR EN PRIMERA PERSONA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOFENOMENOLÓGICA

Este capítulo abordará la experiencia de dolor en primera persona desde una mirada sociofenomenológica. Para ello, inicialmente se presentan algunas consideraciones introductorias sobre dos enfoques distintos del concepto de dolor. Por un lado, el enfoque integrativo que refleja los aspectos tanto físico-biológicos como socioafectivos del dolor y, por el otro, un enfoque más naturalista que asocia el dolor como un simple mecanismo de defensa contra las diferentes adversidades del entorno. El enfoque que se seguirá en esta investigación es el integrativo, puesto que resalta la disposición afectiva, la cual, se abordará desde la noción propuesta por Martin Heidegger (1889-1976) en su obra *ser y tiempo*. Este enfoque es relevante porque ofrece una visión integral de cómo las emociones y los estados afectivos median nuestra relación con el mundo e intervienen en la forma en que lo interpretamos y le damos sentido. Un mundo que comprendemos compartido, un mundo social, cargado de interpretaciones, interacciones, símbolos, significados y sentido compartidos. Posteriormente, presento a título personal la clasificación de las distintas facetas del dolor que he identificado en el transcurso de esta investigación monográfica. Finalmente, se presenta mi autobiografía como un caso concreto de estudio, con el fin de profundizar en la experiencia de dolor y la manera en cómo el entorno social ha influido en la construcción de significado a partir de todo un contexto cultural, político y clínico, posterior al diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia (SFM). Desde este análisis personal se abordará el fenómeno del dolor desde un sentido ambiguo. Por un lado, desde un sentido negativo como sufrimiento de tipo moral, el cual, se manifiesta desde la indisposición afectiva que es una de las causas del Cerramiento del Mundo Social (CMS), ya sea, en etapa de crisis o poscrisis del SFM o brotes elevados de la percepción dolorosa. Por otro lado, desde un sentido positivo, en la etapa precrítica y poscrítica de la percepción límite de dolor desde la capacidad humana de replantearse la existencia.

3.1 Preliminar sobre el Dolor

Continuando con la definición del Subcomité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) del 2018. El dolor físico es una experiencia humana común de orden sensitivo y emocional, asociado a un daño físico real o potencial que, en ocasiones se presenta en ausencia de daño tisular alguno. No obstante, dicho dolor también puede entenderse como una defensa natural y necesaria para la supervivencia en un entorno lleno de amenazas. Como diría Le Breton (1999): “[s]i el dolor es un estado molesto, también es una defensa apreciable contra la inexorable hostilidad del mundo. Sin embargo, no es posible agotar su definición en la comodidad de una función defensiva pura” (12). Estas interpretaciones no son excluyentes entre sí, aunque la primera es mucho más amplia, al incluir como parte constitutiva de la experiencia de dolor a la *disposición afectiva*, definida por Heidegger (2018), como “[...] una forma existencial fundamental del “*estado de abiertos*” con igual originalidad del mundo, el “ser-ahí-con” y la existencia, porque esta última es esencialmente “Ser-en-el-mundo” (154). Esta disposición afectiva comprende los diferentes aspectos del estado de ánimo o estado moral del ser humano de la que hacen parte los sentimientos, las emociones y las sensaciones (ansiedad, depresión, desesperanza, sufrimiento, placer, felicidad, angustia, miedo, entre otras). Además, hace comprensible cómo el permanecer ocupados con lo que nos circunda de manera inmediata tiene, por demás, el carácter de “ser concernido”. Las cosas que se presentan al *Dasein*²⁸ cobran sentido, precisamente porque este ya se encuentra de manera previa dirigido a estas. El *Dasein* puede ser afectado por lo dado en tanto que no es un ser cerrado, es decir, se encuentra siempre en apertura de sentido del mundo y entregado a la relación con lo intramundano, todo esto definido por los distintos estados de ánimo.

Heidegger en su obra *Ser y tiempo* (2018) presenta la pregunta por el Ser como uno de sus temas centrales de investigación en la preocupación por lo que él designa “el olvido del Ser” siguiendo a Wheeler (2011) “[l]a cuestión del significado del Ser, y por tanto del Ser como

²⁸ *Da-sein*: ser-ahí o estar-ahí. Es el término de Heidegger para designar el tipo distintivo de entidad que son los seres humanos como tales. Dicho esto, hay que tener cuidado con el tipo de entidad del que estamos hablando aquí, ya que el *Dasein* no debe entenderse como “el ser humano biológico”. Tampoco debe entenderse como “la persona”. (Haugeland 2005, 423). El *Dasein* refiere la existencia humana en su totalidad, la forma en que los seres humanos comprenden y tienen experiencia de su propia existencia. Es decir, es el único ser que tiene conciencia de su propia existencia y puede indagar sobre el significado de su ser. (Vallega-Neu 2003, 12).

tal, ha sido olvidada por "la tradición" (a grandes rasgos, la filosofía occidental desde Platón en adelante) (5). Dicha tradición se ha planteado la pregunta por el Ser pero desde una posición errada, en tanto que siempre se ha pensado en este como algo que se tiene delante, como presencia constante, pensándose desde un modo temporal que parte del presente. En palabras de Lozano (2004):

Haciendo caer la decisión sobre el sentido del Ser dentro del ámbito temporal sin cuestionarse siquiera si esto es posible, y descartando de ese sentido del Ser la experiencia del cumplimiento de la vida de todo ser humano, que no es un mero presente, sino que es una experiencia fáctico-histórica, la existencia propiamente dicha, un continuo proyectarse hacia el futuro desde un pasado, un continuo hacer planes e intentar cumplirlos. (198).

Uno de los propósitos de la obra *Ser y tiempo* es precisamente analizar si el tiempo es un horizonte posible de comprensión del Ser, si el Ser se presenta o se da de manera necesaria con el tiempo. Esta búsqueda del sentido temporal del Ser es posible desde la comprensión de la existencia fáctica de los seres humanos, los únicos para quienes hay Ser. (Lozano 2004, 198). El objetivo es indagar por el sentido profundo del Ser, algo que Heidegger considera que se ha perdido en el transcurso de la historia de la filosofía.

Para comprender lo anterior es necesaria la distinción que se plantea entre Ser (Sein) y ente (Seiend). El primero refiere aquello que posibilita que los entes "sean" o existan. Es el fundamento de todo cuanto es o existe, pero no es un ente en sí o una cosa. Es decir, el ser es condición de posibilidad de que cualquier ente o cosa sean o existan como tal. No obstante, el Ser no es algo que pueda reducirse a objeto, no es un ente. Por el contrario, es aquello que confiere sentido al ente, en otras palabras, es eso que le permite ser comprendido como lo que son. En este contexto, el Ser no puede entenderse como sustancia o cosa, sino como apertura u horizonte mediante el cual los entes se muestran y ganan significado. Dicho por Lozano (2004) "[P]or ello, todo ente presupone el Ser, que no puede ser pensado como un ente más, como una cosa o un objeto, sino que es una especie de horizonte significativo desde el cual toda realidad, todo ente, es siempre visto" (198). El Ser debe entenderse entonces como un proceso de desocultamiento (*aletheia*, o "verdad") donde las cosas se muestran. Lo anterior indica que, el Ser permanece en constante relación con la manera en que el ser humano

interactúa con el mundo, dado que, el Ser se pone de manifiesto en la comprensión y experiencia de los entes. El segundo (el ente), indica toda cosa que “es” o existe. Ejemplo de lo anterior, el ente puede referir una mesa, una idea, una persona, un animal, un cuchillo, una flor, todo objeto físico, cualquier cosa que exista o esté presente en el mundo. Los entes son los seres concretos que se presentan en nuestra experiencia cotidiana y que podemos nombrar e indicar. (Lozano 2004, 198). El Ser es aquello que permite que un ente pueda reconocerse como lo que es, sin embargo, no es un ente en sí mismo. Todo ente “es” o tiene ser, pero el Ser no es un ente en específico.

¿Cuál sería entonces el punto de partida para abordar el Ser? Es justo aquí donde podemos introducir la importancia que tiene el *Dasein*. Este es justamente quién tiene la capacidad y el interés de plantearse la pregunta por el Ser, pues es el único ente entre todos los entes que puede indagar y pensar sobre su propia existencia y la de los demás seres. Existe una relación estrecha entre el Ser y el *Dasein*, una cualidad diferenciadora con los otros entes, esto es, que el Ser se revela mediante la existencia humana. Para ilustrar lo anterior, tómese como ejemplo un ente cualquiera, piénsese en una silla y sus cualidades distintivas: Es sólida, ocupa un espacio en el campo físico, sirve para sentarse, tiene patas y soporte para brazos, etc. Sin embargo, el hecho de que pueda ser reconocida como silla, se pueda comprender el uso o función y el significado que esta adquiere en un contexto específico proviene de algo adicional, esto es el Ser. Aquello que permite que veamos la silla como un ente que “es” y que tiene una utilidad específica, un sentido o un propósito en el mundo. No obstante, el Ser no refiere algo que pueda señalarse o indicarse de manera directa como si es posible hacerlo con la silla. Siguiendo a Lozano (2004):

El ser humano es, dice Heidegger, ser-ahí (*Dasein*), único ente que entiende el Ser que ve su vida afectada por el Ser, que existe (*Existenz*), y lo que tenemos que hacer para intentar alcanzar un conocimiento lo más claro y preciso del Ser es analizar ese rasgo especial del ser humano o ser-ahí, aclarar esa vaga comprensión que poseemos del Ser. Se trata de distinguir entre lo existencial (*existenziell*) u óntico del ser humano, aquellas propiedades o aspectos que posee en cuanto es un ente más, y lo existencial (*existenzial*) u ontológico, aquellos elementos que se refieren al ser humano en tanto condicionado por su comprensión del Ser, aquello que lo convierte en un ser-ahí, y que es lo que nos interesa. (199)

En adelante nos ocuparemos del *Dasein* como ser-ahí, para referir al único ente que es capaz de preguntarse por el Ser. Este no es sólo un ente más en el mundo, sino también, la apertura al ser, la forma en que el ser se revela. El ser-ahí (*Dasein*) es siempre el ser-en-el-mundo, siguiendo a Heidegger (2018):

“Ser-en-el-mundo” (*In-der-Welt-sein*), quiere decir, según la exégesis hecha hasta aquí: el absorberse, no temáticamente, sino “viendo en torno”, en las “referencias” constitutivas del “ser a la mano” del todo de útiles (*Zeugganzen*). El “curarse de” (*Besorge*) es, en cada caso, ya como es, sobre la base de una familiaridad con el mundo. (§ 16, 90)

Esto significa que su existencia se encuentra estrechamente vinculada con un contexto específico y la relación con otros entes. Lo anterior indica que no es un ser aislado, el *Dasein* es un ente en relación consigo mismo y con los demás entes intramundanos, se encuentra siempre en situación de comprender los entes con los cuales se relaciona. A lo anterior se le conoce como cura *Sorge* este es un concepto existencial que puede interpretarse como un “cuidar”, “tener cuidado de”, “habérselas con”. La cura refiere la relación entre el *Dasein* y los demás entes que lo rodean, su preocupación por estos y la forma en que los integra en un contexto de significatividad. En palabras de Rueda (2018):

La cura es la base sobre la cual descansa todo lo que el *Dasein* es. Ella tiene dos modos de actualizarse: el ‘curarse de’ los entes intramundanos y el ‘procurar por’ los otros *Dasein*. Estos modos de concretarse la cura son modos de estar familiarizado consigo mismo, con los otros y con los entes intramundanos. Este relacionarse con lo que comparece, la cura, tiene una triple estructura temporal en el pasado, el presente y el futuro. El pasado hace referencia a la situación de la que ya viene y en que está yecto el *Dasein* (*facticidad*), esto es, las circunstancias culturales, políticas, económicas y sociales; el presente hace referencia al estar cabe los entes y absorberse en ellos, estar caído en medio de ellos (*estado de caído*); el futuro indica el hecho de que el *Dasein* comprende y proyecta sus posibilidades hacia adelante (*existencialidad*). En todo relacionarse con los entes, la cura se despliega en sus momentos temporales; con ello determina el comportamiento del *Dasein* ante estos entes (54-55).

La cura es entonces la estructura fundamental de la existencia del *Dasein*. Esta no se remite exclusivamente a una preocupación emocional o una disposición afectiva, sino a la

manera en que el *Dasein* se encuentra siempre proyectado hacia el futuro, se preocupa por su propia existencia y por el mundo. Es decir, no existe de manera pasiva en el mundo, por el contrario, se encuentra activamente comprometido con su propio ser y con las relaciones que conforman su existencia. La cura, como se dijo anteriormente, tiene tres dimensiones temporales. 1) Ser-ya-en-el mundo, 2) Ser-en-el-futuro y 3) Ser-en-el-presente. El primero (Ser-ya-en-el mundo), significa que el *Dasein* se encuentra ya arrojado en un mundo concreto con una historia y un contexto ineludible, es decir, bajo unas circunstancias culturales, políticas, sociales y económicas que le anteceden (*facticidad*). Dicho por Heidegger (2018):

El “ser-ahí” es en su ser fáctico, en cada caso, como ya era y “lo que” ya era. Expresamente o no, es su pasado. [...] en el modo de su ser que, dicho toscamente, “se gesta” en todo caso desde su “advenir”. El “ser-ahí” en su modo de ser en todo caso, y según esto también con la comprensión del ser que le es inherente, está envuelto en una interpretación tradicional de él y se desenvuelve dentro de ella. Partiendo de ella se comprende inmediatamente y dentro de cierto círculo constantemente. Esta comprensión abre las posibilidades de su ser y las regula. Su peculiar pasado y esto quiere decir siempre el de su “generación” no sigue al “ser-ahí”, sino que en cada caso ya le precede. (§ 6, 30).

El segundo (Ser-en-el-futuro), indica que el *Dasein* se encuentra proyectado hacia el futuro, al comprender y anticipar sus posibilidades hacia adelante (*existencialidad*) y preocupándose por su ser. En palabras de Figueras (2010):

Heidegger comenta que, cuando estamos a la espera de algún evento, de alguna manera anticipamos nuestras posibilidades. Y precisamente, el *Dasein* llega hasta sí mismo anticipando su poder ser. El *Dasein* no es un ser cerrado y con un destino prefijado, sino que tiene multitud de potencialidades diferentes. Cada una de estas posibilidades le abre un camino diferente. Cuando el *Dasein* anticipa sus posibilidades, se le está abriendo, en sentido originario, el futuro. Aún más, el *Dasein* es el futuro, puesto que estas posibilidades futuras son, de hecho, las que irán constituyendo su ser. (261)

El tercero (Ser-en-el-presente), refiere que el *Dasein* se encuentra comprometido con sus actividades de tipo cotidiano e interactuando con el mundo de manera práctica. Como lo dice Gutiérrez (2013):

El presente no puede ser aquel tiempo fugaz actual del comprender mediano, sino que surge de lo anteriormente expuesto, es decir, del futuro y del presente en cuanto que el *Dasein* viniendo desde sí hacia sí, ya siempre sido, hace presente, hace comparecer los entes en cuanto entes con los que se encuentra en el trato cotidiano en medio del mundo. A esta situación Heidegger la llama presente. Y su relación con el futuro y el pasado es evidente: “El haber-sido emerge del futuro, de tal manera que el futuro que ha sido (o mejor, que está siendo sido) hace brotar de sí el presente” (Syt, 343). Si bien podemos también seguir la línea que va del habla a la caída, expresada en el estar-en-medio-de, Heidegger señala que el presente propio sólo es posible como instante (*Augenblick*), surgiendo siempre del futuro y del pasado. El instante es el presente propio a diferencia del presente impropio que es la constante caída en los entes intramundanos. (5).

El fenómeno unitario de pasado, presente y futuro es lo que Heidegger (2018) nombra temporalidad “[...] esta hace posible la unidad de la existencia, la facticidad y la caída, constituyendo así originalmente la totalidad de la estructura de la cura” (§ 64, 356). Esta no es simplemente una actividad concreta, “[n]o “es”, en general, un ente” (§ 64, 356), sino la estructura base del *Dasein* que manifiesta su relación existencial con el tiempo, el ser y el mundo. El *Dasein* se muestra siempre preocupado por su ser, en tanto que, siempre está expuesto a la posibilidad de su finitud (la muerte) y a razón de que su ser se encuentra siempre proyectado hacia el futuro. Dice Heidegger (2018) que:

La cura es “ser relativamente a la muerte”. El “precursor estado de resuelto” lo definimos como el “propio ser relativamente ahí”. En semejante “ser relativamente a su fin” existe el “ser ahí” total y propiamente como el ente que puede ser “yecto en la muerte”. El “ser-ahí” no tiene un fin al llegar al cual pura y simplemente cesa, sino que existe finitamente. [...] el sentido del “precursor estado de resuelto”, se desemboza con ello él mismo como finito. (§ 64, 357).

Es aquí donde se puede hablar de la relación existente entre la cura, la disposición afectiva y el estar-en-el-mundo. Este último, se encuentra siempre condicionado por la cura y la disposición afectiva, puesto que, el *Dasein* como se dijo anteriormente, no se encuentra en el mundo de manera pasiva, este siempre se muestra afectado por un temple de ánimo preocupándose por su propio ser y por el mundo. La disposición afectiva (*Befindlichkeit*) indica el encontrarse del *Dasein* en su estar-en-el-mundo. Heidegger (2018) dice que este siempre se encuentra en un estado afectivo “[e]l “ser-ahí” es en cada caso ya siempre en un estado de ánimo” (§ 29, 151), que no se remite simplemente a un sentimiento o una emoción en el

sentido estrictamente psicológico, sino una forma originaria de apertura, o fenómeno fundamental existencial de experimentar y relacionarse con el mundo (§ 29, 151). Es decir, revela cómo el *Dasein* se siente (se encuentra) con relación a sí mismo, los demás entes y el mundo entorno. En palabras de Heidegger “[E]l estado de ánimo hace patente “como le va a uno”. En este “cómo le va a uno” coloca el estado de ánimo al ser en su “ahí” (§ 29, 151). Este encontrarse (estado de ánimo) no reside de una elección consciente, al contrario, es algo en lo que el *Dasein* “se encuentra” en su “estado de yecto” (§ 29, 152). Dependiendo del estado de ánimo (el encontrarse) el mundo se muestra de distintas formas. Las cosas no se presentan o son vistas de una manera puramente objetiva, sino que adquieren significado, sentido y valor en relación con el cómo el *Dasein* las experimenta mediante su disposición afectiva. Por consiguiente, el temple de ánimo proporciona una aperturidad propia al mundo. Siguiendo a Heidegger (2018) “[E]l estado de ánimo ha “abierto” en cada caso ya el “ser-en-el-mundo” como un todo y hace por primera vez posible un “dirigirse a...” (§ 29, 154). Así, la disposición afectiva es fundamental para la forma en que el *Dasein* comprende, se relaciona y conoce el mundo, dado que configura el cómo las cosas, los entes y el entorno se le presentan a este directamente. Lo anterior indica que, una persona puede apreciar, significar, dar sentido o valor al mundo, a un suceso, a un fenómeno o a una experiencia de maneras distintas de acuerdo con su disposición afectiva o estado de ánimo (su encontrarse). Lo que parece una catástrofe sufriente y abrumadora en un estado de ánimo de tristeza profunda puede parecer una nimiedad irrelevante en un estado de ánimo de completa alegría. Por ello, la disposición afectiva interviene en la comprensión del mundo y de la propia existencia. El *Dasein*, como se dijo anteriormente, se proyecta de forma constante hacia el futuro, anticipando sus posibilidades toma decisiones y puede de esta manera enfrentarse a su finitud. Por ello, la cura (*Sorge*) impulsa al *Dasein* a relacionarse con el mundo de forma activa, a preocuparse por su propio ser y desenvolverse de forma significativa. El temple de ánimo (el encontrarse) interviene en el cómo éste se preocupa por el mundo en su totalidad y por su propio ser.

Desde una interpretación personal de lo anterior, la disposición afectiva (*Befindlichkeit*) y la cura (*Sorge*) son conceptos que permiten comprender cómo el *Dasein* experimenta y puede relacionarse con el mundo. Desde esta perspectiva, la experiencia de dolor se presenta al *Dasein* desde una forma particular de disposición afectiva, la cual, revela una dimensión fundamental de la existencia humana, principalmente en su relación con la cura (*Sorge*). Entendiendo la disposición afectiva como la forma en que el *Dasein* “se encuentra”

en su “estar-en-el-mundo”. Esto significa que, éste está siempre afectado por un estado de ánimo que no se reduce simplemente a un estado psicológico transitorio, sino a una manera fundamental de tener experiencia del mundo. Estos templos de ánimo son ineludibles y el *Dasein* se encuentra en todo momento “arrojado” a ellos y, constituyen, el cómo percibe, se preocupa, se relaciona y responde al mundo. El dolor, en este contexto, desde la disposición afectiva que le subyace afecta profundamente cómo el *Dasein* percibe su propia existencia y se relaciona con el mundo. En este sentido, el dolor, no se reduce a un fenómeno puramente individual, sino a la forma en que éste se encuentra y tiene experiencia de sí mismo. Es decir, cuando alguien tiene una experiencia de dolor, el mundo se le presenta de un modo distinto. Por ejemplo: Lo que anteriormente le era familiar puede verse convertido en extraño, su vida cotidiana puede verse afectada y el dolor puede dominar la forma en que el ser humano percibe, se relaciona con el mundo y sus posibilidades.

El dolor, desde la disposición afectiva, revela lo vulnerable y lo finito del *Dasein*. Es una confrontación inminente con la fragilidad del ser humano, el cual, le recuerda su condición de “arrojado”, el depender de otros entes (útiles a la mano y otros *Dasein* que no son útiles manejables) y su finitud. Además, el dolor se relaciona con la cura (*Sorge*) de manera directa cuando el *Dasein* lo experimenta, puesto que su forma de interacción consigo mismo y con el mundo se transforma. La experiencia de dolor puede enfocar toda la atención del *Dasein* en su propio ser, desplazando la preocupación habitual por otros entes del mundo y sus semejantes (otros *Dasein*) a un segundo plano. De tal modo que, “el cuidado” y el “preocuparse por” que el *Dasein* normalmente orienta hacia el mundo, sus propios proyectos, los demás entes y las relaciones con sus semejantes, se desplaza y termina enfocado de una manera más inmediata en el cuidado de su propio cuerpo, su salud y bienestar. La disposición afectiva del dolor altera la manera en que el *Dasein* tiene experiencia de su estar-en-el mundo. No es una simple indisposición pasajera, sino un fenómeno que altera y transforma de manera total la existencia del *Dasein* en un momento dado. Por ello, puede presentarse una reorientación de sus preocupaciones más próximas, redirigiendo el interés, el cuidado y el enfoque sobre sí mismo y su cuerpo. A la vez que, merma su capacidad de enfocarse, interesarse y preocuparse por el mundo entorno, sus semejantes y proyectos futuros.

La experiencia de dolor tiene diferentes características de tipo físico-biológico, sociales y afectivas. Entre estas se encuentra la sensación desagradable,²⁹ que corresponde a la disposición afectiva y, que puede considerarse, una de las características de mayor impacto de la experiencia de dolor, porque refleja el nivel de malestar y posible sufrimiento de aquellos que lo experimentan. Sin embargo, existen casos excepcionales como la algolagnia³⁰ y la insensibilidad congénita al dolor.³¹ Donde el primero, proporciona sensaciones agradables que devienen de la experiencia dolorosa y, el segundo, no experimenta ni agrado ni desagrado debido a que carece de facultad biológica para percibir dolor físico, lo cual propicia que le sea difícil enfrentar amenazas contra el propio sistema corporal.

Así pues, la experiencia de dolor se compone de los aspectos físico-biológicos, sociales y afectivos del individuo, en este sentido, no se hace referencia a una experiencia exclusivamente privada del individuo, para Schütz y Gurwitsch (1985) no es factible "[u]na experiencia privada que no esté socializada desde el comienzo" (280). Dicho por Gros (2018):

Las experiencias que los sujetos tienen tanto de sí mismos como del mundo están siempre-ya preformadas por un a priori social. Este a priori consiste no solo en la internalización de las estructuras de la intersubjetividad primaria, sino también en un acervo de tipificaciones culturales adquiridas en el proceso de crianza y educación. (302).

Por tanto, al reconocer el dolor propio por factores de empatía e identificación intersubjetiva, descrito como el reconocimiento y la comprensión mutua de la experiencia subjetiva entre los individuos, se pasa a comprender lo crucial para la interacción social y la construcción de la realidad compartida. A través de este proceso, los individuos pueden desarrollar un sentido de pertenencia, establecer vínculos sociales y construir una comprensión compartida del mundo en el que viven, también se puede reconocer el dolor del otro. En el caso

²⁹ Existen otras cualidades sensoriales del dolor como son: la temporalidad, la localización, la intensidad y las cualidades sensoriales del dolor (CSD) que se refieren a la manera particular en que se siente el dolor (como "caliente", "un latigazo", "profundo" u "hormigueante"). (Fajardo-Chica 2021, 27)

³⁰ "Cuando el dolor es un placer, aparece entonces la algolagnia". (Hernández-Cortez 2014, 3)

³¹ Condición genética que presentan algunas personas con incapacidad de percibir dolor. En este caso, existen irregularidades en las fibras nerviosas derivadas de una mutación en algunos genes (SCN9A, NTRK1 PRDM12, CLTCL1, NGF, o SCN11A) que se encargan de transmitir las sensaciones que dan origen a la percepción del dolor, ocasionando grandes riesgos para la salud de quienes lo padecen. . (BVS biblioteca virtual en salud 2012).

que dicha empatía no exista (en menor o mayor proporción) y, mucho menos, la identificación intersubjetiva de la propia capacidad de percibir dolor, como directamente proporcional a la posible capacidad del otro para percibirlo, nos encontraríamos el caso excepcional de la psicopatía o la sociopatía (trastorno de personalidad antisocial o trastorno disocial de la personalidad)³² En estos términos, el dolor es un fenómeno que trasciende la nocicepción o lo puramente físico-biológico del individuo a la dimensión emocional-afectiva, espiritual, social y cultural. Todo esto es reflejado en el intercambio de información que se realiza de manera intersubjetiva, en una misma comunidad, respecto a la experiencia de dolor.

De esta manera, es posible identificar el significado de dolor subyacente a cada contexto social que nace de las diferentes formas en que es representado, comprendido, interpretado y construido, de acuerdo con las distintas experiencias y vivencias que se presentan en el interior de cada comunidad. Partiendo de esta perspectiva, puede adquirir diferentes sentidos, con una connotación “positiva” o “negativa”, según sea la etnia, la época, la disposición geográfica y, en suma, la cultura desde la cual se aborda.

El dolor como experiencia compleja puede ser abordado desde sus diferentes componentes. A continuación, presento mi aporte conceptual en la siguiente clasificación, articulando las siguientes facetas:

a) Individual-subjetiva, indica el nivel privado como la manera en que el fenómeno de dolor se presenta a cada persona de manera específica.

b) Psicológico-mental, es la forma como cada persona asume una postura afectiva, emocional y conductual, a la vez que refleja las emociones, fantasías, creencias, sensaciones y pensamientos que surgen de la experiencia privada de dolor.

³² La psicopatía y sociopatía es un constructo psiquiátrico caracterizado por un patrón permanente de profundo déficit afectivo, acompañado por una falta de respeto por los derechos de los demás y por las normas sociales. Los individuos con trastorno de personalidad antisocial (TAP) son arrogantes, manipuladores, irritables, impulsivos, irresponsables, sin fuertes vínculos emocionales, carentes de empatía y remordimiento y propensos a conductas criminales. Empiezan sus actividades delictivas en la niñez y permanecen en ellas la mayor parte de sus vidas. La etiopatogenia de la psicopatía parece basarse en interacciones complejas de factores psicosociales y biológicos. (Mejía, García, Palacio, Correa, Gil, Arango 2004, 370)

c) Relacional-inter subjetiva, es la construcción de los significados y del sentido que giran en torno al fenómeno de dolor, en tanto que, seres sociales que comparten una comunidad y unas vivencias.

d) La temporalidad, esta dimensión puede entenderse como un proceso continuo en el que los individuos se encuentran inmersos desde el nacimiento hasta la muerte.

e) Físico-biológica, está indica los aspectos biológicos y fisiológicos que comprenden el cuerpo humano y los mecanismos que dispone éste para la percepción de dolor.

Por pertinencia investigativa ampliaremos la faceta relacional-inter subjetiva y de temporalidad. La primera refiere la interacción entre diversos sujetos que se reconocen mutuamente, construyen conocimiento y significado por medio de la comunicación, y el diálogo, dando lugar a la identidad colectiva donde los individuos intercambian sus experiencias, creencias, y buscan puntos en común para construir una visión compartida del mundo. Esta identidad colectiva es la forma en cómo los individuos se perciben a sí mismos y a su entorno social, la cual se encuentra conformada por unos valores, creencias y experiencias compartidas, que influyen directamente en el ámbito cultural, político, étnico, religioso y social. Además, se manifiestan constantemente en distintas maneras de expresión colectiva. Ejemplo de esto: las tradiciones, festividades, rituales y manifestaciones propias de cada cultura. De tal manera que, la identidad colectiva no debe entenderse como algo fijo e invariable, sino por el contrario, debe entenderse como algo que puede ser renovado, resignificado, reconstruido, por medio de la interacción, el encuentro y el diálogo entre los individuos que conforman una sociedad. La segunda dimensión, ubica a la persona en una época específica y por un periodo determinado, influenciando la manera en cómo se percibe y construye la realidad social. La temporalidad surge como diálogo entre pasado y presente. Es el lugar donde se desarrolla la dimensión relacional-inter subjetiva, puesto que, la experiencia de dolor y la construcción de su significado no se presentan en el vacío o la subjetividad pura; es decir, toda experiencia de dolor se da en un contexto histórico, cultural, político, social ya preformado. Esta temporalidad hace posible que, nos encontramos inmersos en un mundo social, el cual nos proporciona información, a la vez que, le devolvemos información. Es así como, se presentan nuevas resignificaciones, puesto que, la historia en sí misma no es estática; ésta se alimenta de manera constante.

3.2 Acceso al Dolor en Primera Persona desde una Perspectiva Sociofenomenológica

Poder transmitir la experiencia de dolor de lo subjetivo y privado al campo del discurso interpersonal o exterior es un gran reto, principalmente, para quienes tienen una relación cercana y un contacto continuo con personas que atraviesan un estado de dolor constante. En este caso, la aproximación al fenómeno de dolor se realiza desde el propio sujeto (SP) en un cuerpo que se entiende como un territorio inmediato, un “aquí”, un “yo”. El relato a continuación se presenta en primera persona, sin obviar las diversas afectaciones que se pueden presentar en el sujeto otro (SO), en un cuerpo entendido como un territorio ajeno, un “allá”, un “él”.

A continuación, presento mi propia experiencia con el dolor asociado al diagnóstico del síndrome de fibromialgia como un caso concreto de estudio. Yo, Bety Julieht Vélez Ramírez, tengo 39 años, me identifico como mujer, soy soltera, madre de un hombre de 17 años, hermana menor de cuatro (4) hombres y siete (7) mujeres, hija de una madre y un padre fallecidos, integrante de una familia funcional y afectuosa, profesional en Ingeniería Industrial, estudiante de Licenciatura en Filosofía, empleada en el sector privado como Analista de Zona Franca y, comparto mi testimonio de experiencia directa con el dolor, de la siguiente manera:

Si bien el dolor es una experiencia que atraviesa la vida humana en el transcurso de su biografía, unas personas en particular podemos asegurar tener un contacto más amplio con este fenómeno. Mi caso inicia en mi infancia con el dolor severo como síntoma de enfermedad inespecífica que limitó mi capacidad para caminar, aproximadamente, entre mis 3 o 4 años. Se debe aclarar que, mis padres y hermanos nunca recibieron explicación alguna por parte del personal de la salud, los cuales, no hallaron fallas a nivel anatómico, ni químico, ni molecular. Sin razón aparente perdí la capacidad de caminar por un periodo de dos años, durante los cuales, el dolor invadía de manera exacerbada, principalmente, los miembros inferiores del cuerpo. Posteriormente, por medio de terapias físicas de tipo clínico y doméstico recobre la capacidad para volver a caminar como un volver a aprender. No obstante, el dolor nunca se disipó, éste hacía parte constante de mi vida cotidiana. Por ejemplo, recuerdo un sufrimiento extremo por episodios de dolor constantes en los miembros inferiores, lo que ocasiona que llorara noches

enteras en las que no podía conciliar el sueño. La intensidad del dolor fue disminuyendo con el paso del tiempo, pero no desapareció, sólo se hizo tolerable. La respuesta que me daban mis padres y mis hermanos para disminuir mi inconformidad con la sensación abrumadora que causaba un sufrimiento profundo era “Crecer duele”, “No estés triste”, “Sólo estás creciendo”. Sin embargo, no era la misma realidad de mis hermanos con edad cercana a la mía. Crecer dolía, pero sólo para mí.

En la preadolescencia, mi experiencia con el dolor se transformó en una experiencia justificada a razón de “juegos de chicos” y no de “chicas”. Ello debido a la brusquedad de los deportes de niños y no de niñas que se establecen diferencialmente desde la fuerza como un rol de género en la sociedad, dado que, la mayoría de los amigos a esa edad eran hombres y no mujeres, al punto de que me veían como “uno más” del grupo. El dolor tan fuerte recibió así la explicación de ser causado por prácticas y juegos que sobrepasaba la tolerancia de una mujer por no comportarse como una, decía mi madre. En tal caso, aprendí a no manifestar desagrado hacia la experiencia dolorosa, ya que la normalicé por las prácticas que elegí como medio de distracción y forma de relacionarme socialmente. Cabe decir que, para aliviar el total desagrado, los analgésicos siempre estuvieron como medio paliativo.

En la etapa de mi formación universitaria, durante la cual, también trabajé como la mayor parte de mi vida lo he hecho, justificaba los difíciles y desagradables episodios de dolor por las jornadas laborales y la carga académica. Mi empleo de aquel entonces requería estar de pie por muchas horas, sostener paquetes no pesados por periodos largos y, de esta manera, justificaba los fuertes dolores de los que podía tener experiencia. Sin embargo, no eran éstos tan frecuentes como en la infancia y la preadolescencia. Además, mi capacidad de tolerancia se fue ampliando en el transcurso de la vida. Así, un dolor que antes podría resultar severo ahora era plenamente tolerable o ya era parte del cotidiano vivir. Por ello, no me causaba ningún tipo de asombro.

En el inicio de la adultez, en el ejercicio de un empleo de mayor responsabilidad aproximadamente a los 28 años, madre de un hijo de seis años ya, me traslado de mi ciudad de domicilio a Zipaquirá y aunque las condiciones laborales y la calidad de vida se elevó

considerablemente, la percepción de dolor no atribuido a daños anatómicos o nocivos no disminuyó en intensidad, aunque sí en frecuencia. Esta vez la razón que me daba a mí misma era la jornada laboral, el estrés causado por ser madre en etapa de crianza de su hijo, el estudio de mi carrera de ingeniería y las bajas temperaturas a las que me veía expuesta por vivir ahora en clima frío. Es importante decir que, siempre he mantenido una vida activa con ejercicios físicos, paseos a la luz del día, días de descanso y ocio, una alimentación equilibrada y saludable, buenas relaciones interpersonales, pero siempre con problemas relacionados con el sueño que se fueron acentuando a lo largo de la vida.

Años después, retomo mi vida en Cali, mi anterior domicilio, por un traslado laboral de la misma compañía en la que aún me encuentro vinculada y, en la que siempre, me he desempeñado como profesional. De nuevo en Cali, los episodios de dolor vuelven a ser frecuentes, la inflamación corporal, especialmente a nivel de extremidades y articulaciones, es cada vez mayor. De esta manera, empiezo a presentar costocondritis, dolor temporomandibular severo al punto de no poder comer de manera satisfactoria, problemas para conciliar el sueño o permanecer dormida, y experiencia de dolores difusos a nivel de todo el cuerpo. La memoria del dolor de la infancia regresa, pero esta vez, proyectado a una experiencia de dolor que sobrepasa las extremidades y se presenta a propósito de nada bajo estímulos que anteriormente no resultaban dolorosos. Por ejemplo, abrazos, caricias, la cobertura de una sábana, caminar, bailar, comer, un dolor que aparece sin razón y a propósito de nada. Lo anterior, cuando lo expresé ante el personal de la salud en Cali, aproximadamente a los 29 años, nunca reflejó un daño aparente, ni estados patológicos subyacentes asociados a la sintomatología, es desde mi experiencia personal, una de las cosas más desconcertantes que me han ocurrido. Empecé a tener plena experiencia de enfermedad y dolor, pero los resultados de los apoyos diagnósticos como pruebas de laboratorio, daños anatómicos observables, alteraciones químicas y moleculares no sugerían disonancias con los parámetros establecidos de manera estándar por las Ciencias Médicas. Las primeras sensaciones fueron de frustración, asombro, inconformidad, negación y plena duda de mi estado de salud mental.

Dos años después de mi regreso a Cali, permaneciendo con los síntomas ya referidos, sufro un accidente doméstico, resbalo y caigo sentada sobre la división de la ducha y el baño y como consecuencia me fracturo y presento desvío del coxis, en tal caso, el dolor continúa

acompañando mi biografía. A partir de este hecho, cualquier expresión de mi sintomatología anterior pasó a convertirse en algo secundario e ignorado por parte de los especialistas de la salud, argumentando que mi experiencia exacerbada de dolor difuso deviene de un proceso de compensación funcional para procesar el dolor causado por la fractura. Efectivamente, no me sentía conforme con dicha explicación, pues mi percepción de dolor sobrepasaba los límites del daño anatómico que sufrí con la caída. A partir de esta combinación, entre una enfermedad reconocida desde las Ciencias Médicas, como alteración o daño anatómico, objetivable, cuantificable, observable y medible causada por un hecho desafortunado (fractura y desviación de coxis), y la otra, como perturbación fisiológica, reflejada en la conciencia de mi propio cuerpo y la manifestación de la sintomatología asociada a la SFM, conocí mis propios límites corporales y mentales. Esta forma de diferenciar la enfermedad, la tomó de Canguilhem (1971, 64).

El dolor continuaba acompañando mi diario vivir en intensidades variadas, el cual se fue haciendo cada vez más frecuente y con síntomas cada vez más complejos. Cualquier estímulo inocuo era procesado por todo mi sistema orgánico como una amenaza nociva, de la cual, debía defenderse. Mi cuerpo se convirtió en un arma de defensa contra casi cualquier sensación o estímulo que provenía del exterior o del interior de mi cuerpo, ante los cuales, nos encontramos expuestos de manera constante, causando, por demás, consecuencias desfavorables contra las cuales, en un primer momento, no podía eludir. Entre estas consecuencias las de mayor relevancia son las siguientes:

1. Experiencia del cerramiento del mundo social: esta experiencia es uno de los episodios más desagradables de los cuales he sido protagonista, Una de las cualidades más prominentes de la existencia humana es la posibilidad constante de tener experiencias variadas en el transcurso de la vida. El dolor límite de tipo severo rompe con dicha capacidad, disminuyendo o aniquilando la posibilidad de tener estas experiencias, reduciendo todo el campo de interés, concentración y atención en el dolor físico percibido y un hondo sufrimiento. En otras palabras, la existencia se satura plenamente por una única experiencia posible, que en este caso, es el dolor físico, imposibilitando cualquier tipo de interacción con el entorno natural y social. Una plena evasión de cualquier estímulo posible proveniente del exterior (personas,

objetos, mascotas, sonidos, luces, etc.) o del interior (pensamientos, concentración, atención, sentimientos) diferentes al dolor físico severo que, en ese punto, es totalmente paralizante.

2. Intoxicación por abuso de analgésicos (oxicodona y vicodin): cuando la experiencia de dolor físico severo se presenta de manera frecuente y este conlleva a episodios de cerramiento del mundo social aunado a un total desconocimiento del manejo adecuado del dolor, una pobre capacidad de adaptación del sistema corporal a los nuevos límites que se le presentan. Además de, angustia exacerbada, depresión, falta de descanso, incompreensión, falta de empatizar y juicios asociados a la manifestación sintomatológica de una enfermedad no evidente desde los criterios positivistas. Caer en la autoinvalidación y autopercepción limitante es muy frecuente, ante estas causas, el abuso de analgésicos de amplio espectro es muy frecuente, y en mi caso, no fui la excepción. En un primer momento, al referir una amplia experiencia de dolor altamente limitante, los especialistas de la salud, en especial, Medicina del Dolor, sólo formuló narcóticos como coadyuvantes en la disminución de la percepción del dolor físico severo. Lo anterior, aunado a mí inicial desconocimiento de estrategias de afrontamiento, consumí el doble de la dosis indicada, pues veía en éstos, un salvavidas a mi desventura, sin pensar en que era el inicio de un problema mayor que no resolvía el problema de fondo. Bajo un estado alterado de conciencia por un episodio de dolor límite severo con cerramiento del mundo social, consumí una cantidad elevada de comprimidos, entre oxicodona y vicodin, la última conciencia de realidad que me quedó fue llamar a mi jefe actual y decirle que no me encontraba en condiciones de presentarme a laborar. Fue tan deteriorada mi forma de comunicación que, mi jefa se alertó y me hizo esperar sin colgar la llamada, para que autorizará a su chofer el ingreso en portería. Posterior a ello, no recuerdo cómo llegué a la clínica, en la que realizaron el procedimiento de desintoxicación por una semana de la cual fui conscientes dos días posteriores a mi ingreso. Luego fui enviada a una clínica psiquiátrica por 24 días, en la que se realizó un proceso de desadaptación de los narcóticos que consumía por prescripción médica e identificar fallas a nivel mental y psicológico. La valoración psiquiátrica concluyó que, no fue un acto debido a ninguna alteración psiquiátrica subyacente ni por intención de terminar con mi vida como un acto suicida, fue una consecuencia desafortunada del desconocimiento, la percepción alterada de la realidad y el cerramiento del mundo social.

3. Discriminación, aislamiento y juicio social: cuando la enfermedad se hace manifiesta mediante evidencia de tipo positivista o bajo condiciones fácilmente observables, la empatía se desarrolla muy fácilmente entre los especialistas de la salud y entre el entorno social

en general. Desde luego, no pasa lo mismo con aquellas enfermedades que se manifiestan de primera mano en la conciencia del individuo y su percepción subjetiva. Sentir empatía por una persona con cáncer o alguien que ha perdido un miembro de su cuerpo no es algo que entre en conflicto, pero qué difícil con la fibromialgia, una enfermedad que, en un primer momento no se encuentra asociada a causas anatómicas específicas y depende de la manifestación directa de los síntomas del sujeto enfermo. Ante este hecho, es frecuente la discriminación en todos los ámbitos sociales, pues niegan que esta sea una enfermedad real y es reducida a una expresión de hipocondría de alguien con ganas de llamar la atención. Otra interpretación es la duda del estado psicológico, atribuyendo los síntomas a problemas psiquiátricos de depresión severa, ansiedad y mitomanía. En un primer momento, el aislamiento es frecuente, puesto que, es habitual desconfiar de la persona enferma al pensarla como alguien deshonesto, mentiroso, o con problemas mentales y no físicos. Se reciben juicios de todo tipo, tales como: “¿Estás enferma, pero de pereza!”, “Si salieras más a hacer deporte o comieras más sano”, “¿Estás sugestionada!”, “Ya no pienses en dolor, uno atrae las cosas malas solo por pensar en ellas, pero realmente no tienes nada”, ¡Ah! “Ya entraste a la moda de la fibromialgia”, “¿Estás buscando una pensión anticipada?”, “Todos estamos con distintos niveles de dolor diario, ¿no será que estás exagerando?”, “¿Te violaron de chiquita o tienes un trauma no superado?”, “Es posible que sólo te guste estar enferma, esas ganas de quejarse por todo no son normales”, “¿Vas a salir? ¿No se supone que estás enferma?”. Estos juicios aunados a los comportamientos reactivos del entorno social como la prestación de alguna ayuda cuando no creen en los síntomas, gestos faciales de reproche, mal genio, incredulidad, pereza, son razones suficientes para optar por un aislamiento que deteriora aún más la salud física y mental de una persona enferma.

En contraposición a lo anterior, parto de la interpretación personal del *bio-bucle* propuesta por Ian Hacking (2001) en el cuarto capítulo de su obra *¿La construcción social de qué?* (183), en la cual expone el *efecto bucle* de tipo construccionista. Este efecto se refiere a la interacción de los seres humanos conscientes con las clases de tipo interactivo descritas ampliamente en el capítulo II de este proyecto de investigación, con respecto a la interacción entre cuerpo y mente, a la cual nombra *bio-bucle*. Esta idea indica que, nuestros estados físicos pueden afectar significativamente nuestra sensación de bienestar, pero también, reivindicando la idea de que nuestros estados mentales pueden afectar o influir en nuestra condición física.

El *bio-bucle*, es pues, una biorealimentación entre mente y cuerpo con fines terapéuticos. Una de las prácticas que demuestra esta posibilidad es el yoga junto a otras prácticas psicofísicas como la meditación consciente, en las cuales, el sujeto opta por un desempeño activo sobre sus propias circunstancias de vida a nivel integral. Una completa reinterpretación de su estado concreto de enfermedad y una postura activa como agente y no simplemente como paciente. Desde esta perspectiva, hacerse agente es resignificar el estado de salud actual, en este bio-bucle me proyecto, pues a través de la resignificación de mi experiencia con la fibromialgia he aprendido mediante cambios significativos de comportamiento, redirigir mi vida y encontrar cambios positivos.

En primer lugar, dejé la ingesta desproporcionada de analgésicos de amplio espectro para concentrarme en la práctica habitual de yoga, pilates y meditación. Opté por un cambio desde una postura de procurarme condiciones ambientales más favorables para la adaptación de mi propio cuerpo con el entorno natural y social. Entre éstas, ampliar mi conocimiento acerca de una mejor y más equilibrada alimentación, higiene del sueño, terapia psicológica que me permita desarrollar estrategias de afrontamiento y disuasión de pensamientos limitantes y auto indulgente. Ya no me percibo como “una desventurada de la naturaleza”, sino, como una persona con mayor sensibilidad a las influencias externas o internas a las que se ve expuesto mi cuerpo de manera continua, procurarme, no una simple negación de una clasificación interactiva que, desde un punto superficial podría entenderse como la cura, puesto que, sería una renuncia para perpetrar los comportamientos y hábitos asociados a la etiqueta impuesta. Pero la cura, va más allá, nace de la transfiguración de paciente a agente.

Esta transfiguración permite, en primer lugar, hacerse consciente de la situación de enfermedad desde el análisis que realiza Canguilhem sobre la idea de que, la enfermedad surge con intención de curación. Es una oportunidad de mi sistema corporal para hallar un nuevo balance que me permita estar en equilibrio con respecto a mis propios criterios de normalidad. Entendiendo la fibromialgia como un estado permanente de irritabilidad, es decir, un estado en el cual el cuerpo asume los estímulos del medio ambiente ya sea interno o externo como irritantes o nocivos, aunque no se encuentre ante situaciones de peligro o amenazas de ningún tipo. Aquí, el yoga, aprender a respirar, las prácticas de ejercicios conscientes que involucren al tiempo cuerpo y mente. Además, de meditaciones conscientes que le han enseñado a mi

cerebro a comprender que no se encuentra permanentemente en estado de defensa, porque no todos los estímulos percibidos son peligros inminentes que debe combatir. Así, ha reducido significativamente la percepción de dolor y los demás síntomas asociados con el diagnóstico. Ante episodios en los cuales el dolor se hace presente, respirar de manera consciente y tranquila hace que el cuerpo se sienta libre de amenazas, baje los niveles de cortisol y comprenda que no es un caso de vida o muerte para activar la nocicepción, sino que, es una percepción sensible que puede incluso ser placentera.

Ha sido un proceso que me ha llevado años en práctica, pero ha valido la pena. La cura, en sí misma, no es un acto deliberado de decir ya no pertenezco a una clasificación socialmente construida con la cual interactué por ser consciente de ésta. Es también, cambiar en un primer momento los paradigmas del propio conocimiento acerca de sí mismo, de manera integral cuerpo y mente, comprender que, lo normal, no es idéntico para todos, sino que es un índice individual y propio para hacernos conscientes de nuestros propios límites y capacidades. La cura llega con la capacidad de agencia, con el fortalecimiento del propio sistema orgánico para adaptarse a un nuevo equilibrio, en el cambio de comportamiento y hábitos. La cura no es tampoco un resignarse, y aceptar sin más, una condición como algo inevitable y trágico, sino, por el contrario, ver la oportunidad de transformar un estado desfavorable en una fortaleza. Desde esta perspectiva, la fibromialgia puede dejar de ser un mal que causa sufrimiento, agonía, angustia, desventura y, se convierte en una cualidad, en una característica de la identidad del sujeto. En tanto que, es una capacidad diferente de asimilar los estímulos (externos e internos) con respecto a otros semejantes. Así, sin llegar a desarrollar algolagnia, una persona con fibromialgia sí puede procesar el dolor sin sufrimiento asociado.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZACIÓN SOCIOFENOMENOLÓGICA DE CERRAMIENTO DEL MUNDO SOCIAL: PRECRISIS, CRISIS Y POSCRISIS DE FIBROMIALGIA Y DOLOR LÍMITE EXTREMO

En este capítulo se realizará una caracterización sociofenomenológica de Cerramiento del Mundo Social (CMS) a partir del análisis de las fases del dolor, las cuales, se nombran en esta investigación como precrisis, crisis y poscrisis del Síndrome de Fibromialgia (SFM). Este concepto es introducido como una propuesta conceptual innovadora de mi autoría personal. Inicialmente, se abordará una descripción general del concepto de CMS, el cual, puede manifestarse en dos formas distintas con consecuencias diferentes. Por un lado, puede manifestarse como cerramiento de mundo social permanente o definitivo (CMSD) y, por el otro, como cerramiento de mundo social parcial o no permanente (CMSP). A continuación, se describen las fases del dolor (precrisis, crisis y poscrisis) y su relación con el CMSP. Por pertinencia investigativa, es relevante la comprensión del concepto de cuerpo porque estamos partiendo de un análisis del dolor y las posibles consecuencias para el individuo. En este sentido, partimos del concepto de *cuerpo sujeto* propuesto por Maurice Merleau-Ponty quien se distancia de la concepción mecanicista y objetualizante del cuerpo humano, al tiempo que rechaza el dualismo cartesiano de cuerpo y conciencia. Para presentarnos una idea de *cuerpo vivido* y *sujeto encarnado*, en este contexto, en esta investigación nos distanciamos de la idea del cuerpo objeto, dualidad mente-cuerpo y nos acercamos a la idea de cuerpo como unidad integral o *sujeto encarnado*. finalmente, se exponen dos consecuencias del CMSP, por un lado, la *desapropiación corporal* como una de las consecuencias negativas de mayor impacto por su carácter objetualizante del cuerpo y, por el otro, el replanteamiento existencial o resignificación de la experiencia de dolor como una de las consecuencias favorables o positivas para el sujeto. Esta última, será tratada desde los lineamientos de la propuesta filosófica de Søren Kierkegaard respecto al concepto de la angustia y la libertad como factores indispensables de la existencia humana.

4.1 Abordaje Sociofenomenológico del Cerramiento del Mundo Social

El mundo de la vida (MV), puede entenderse como el escenario en el cual los sujetos tienen experiencias y donde ocurre todo tipo de fenómenos. Se caracteriza por tener dos esferas constitutivas a la vez: la natural y la social. Es donde ocurre la acción e interacción de los sujetos, al tiempo que es el límite de dichas acciones. Además, es el lugar donde es posible acceder al conocimiento desde las distintas estructuras de significatividad, propias y particulares de cada sociedad. En este sentido, ha sido definido por Schütz y Luckmann (1977) así:

El mundo de la vida (MV), entendido en su totalidad, como mundo natural y social, es el escenario y lo que pone límites a mi acción y a nuestra acción recíproca. Para dar realidad a nuestros objetivos, debemos dominar lo que está presente en ellos y transformarlos. De acuerdo con esto, no sólo actuamos y operamos dentro del mundo de la vida sino también sobre él, es una realidad que modificamos mediante nuestros actos y que, por otro lado, modifica nuestras acciones. (28)

Con base en lo anterior, es en el MV, donde es posible tener experiencias del mundo social (MS), al tiempo que, dichas experiencias, pueden ser comprobadas, contrastadas y ratificadas, mediante la correspondencia de significado, observada mediante la comunicación intersubjetiva. Esta se presenta entre sujetos sociales en el marco de una reciprocidad simbólica, la cual es construida por medio de las diferentes formas de significatividad que nacen de la interacción, el entendimiento mutuo y la comprensión entre los diferentes actores sociales.

Después de hablar de forma general sobre el MV pasamos a hablar sobre el MS, en correspondencia con (Berger y Luckman 1994) éste se abre al sujeto desde su núcleo social primario (madre-padre) previo al nacimiento, se encuentra determinado por una estructura de significado que se transmite a través de un lenguaje común y distintos símbolos colectivos. Además, tiene la característica bidireccional de afectar e intervenir la vida del sujeto, a la vez que, este puede afectar e intervenir su realidad social. Esto, refleja el cambio constante y el dinamismo del MS, puesto que, evoluciona con los eventos históricos, las transformaciones

culturales, las interacciones individuales y, en general, en todas las acciones cotidianas de los individuos (162-169).

El MS puede verse afectado o intervenido por distintas situaciones límite de la experiencia humana (padecimientos de dolor físico extremo, angustia exacerbada como sufrimiento de tipo moral y psicológico, afecciones y patologías mentales, eventos emocionales traumáticos o en caso extremo, la muerte, entre otros). A continuación, profundizo en el concepto de CMS que introduje en esta investigación como autora personal. Con el cual, no siempre se quiere decir, terminación, finitud o muerte, puesto que, también designa el estrechamiento o reducción significativa del acceso al MS, cuando una experiencia límite satura la conciencia del sujeto y lo despoja o sustrae de la capacidad de centrar su atención, interés y concentración en otras distintas y posibles experiencias que estén a su alcance. Por lo tanto, defino dos formas de CMS de la siguiente manera:

1. Cerramiento del mundo social permanente o definitivo (CMSD): Este se caracteriza por dos tipos distintos. Por un lado, de tipo inducido, en el caso de suicidio, eutanasia, homicidio, asesinato, genocidio, exterminio; por el otro, de tipo contingente, en caso de muerte natural, muerte por enfermedad, muerte por accidente o muerte por catástrofe.

2. Cerramiento del mundo social parcial o no permanente (CMSP): Este es causado por dos tipos de experiencias límite. De un lado, de tipo inducido, en caso de tortura, coma, sedación, anestesia total, fármacos, estupefacientes y ritos ancestrales extremos. Por otro lado, no inducido, en caso del dolor físico límite de nivel severo, patologías o afecciones mentales, traumas psicológicos o emocionales impactantes y coma.

En el CMSP identifiqué dos tipos de consecuencias que se diferencian entre sí, por el efecto que pueden llegar a generar en el sujeto que tiene la experiencia. Estas las defino como *consecuencias negativas* y *consecuencias positivas*. Entiéndase por la primera, todo aquello que pueda generar en el sujeto, malestar, detrimento, sufrimiento, agonía, ya sea, de tipo físico o mental, reducción de la capacidad de intervención y agencia en el entorno social, pérdida de la capacidad de interacción y comunicación fundamental para la vida en sociedad, aislamiento

físico y/o mental. Y, como consecuencias positivas, se encuentra todo aquello que represente la disminución del sufrimiento, malestar o agonía en el sujeto, sea de tipo físico o mental. Entre estos, en el ámbito clínico, la mitigación del sufrimiento e intolerancia a los procedimientos clínicos, como es el caso de cirugías e intervenciones médicas, que, sin un adecuado manejo anestesiológico³³ y sedativo³⁴, serían experiencias totalmente desagradables, traumáticas y de baja tolerancia en los pacientes. Otra consecuencia positiva, que, si bien no depende en todos los casos del CMSP, sí puede ser desencadenado por éste, como es el caso del replanteamiento existencial y la resignificación de las experiencias límite, las cuales, permiten dirigir, dar sentido y desarrollar la vida personal desde otras posibilidades, interpretaciones e interacciones con el entorno y, con los otros semejantes, evitando el aislamiento físico y psicológico-mental.

4.2 Precrisis, Crisis y Poscrisis de Fibromialgia y Dolor Crónico

El mundo de la vida, el mundo social y el cerramiento del mundo, son factores decisivos para la comprensión de la experiencia límite que se va a abordar, en este caso, el dolor físico severo asociado a un nivel máximo de sufrimiento, como una de las causas del CMSP en sujetos diagnosticados con síndrome de fibromialgia. Existen enfermedades que pueden generar dolor de sufrimiento extremo éstas tienen la posibilidad de presentar distintas fases en la experiencia de las personas diagnosticadas, de acuerdo con la definición del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI) la fase de crisis refiere:

Aumento repentino del dolor que a veces presentan los pacientes que ya tienen un dolor crónico causado por cáncer, artritis, fibromialgia u otras afecciones. Por lo general, una crisis de dolor dura poco tiempo, pero el dolor puede ser muy intenso; suele producirse

³³Anestesia: es el estado de inconsciencia más o menos profundo, de carácter reversible, inducido mediante fármacos para poder llevar a cabo intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos cruentos. Abolición de la sensibilidad dolorosa mediante la administración de fármacos anestésicos. (Diccionario de términos médicos 2012).

³⁴Sedación: estado de depresión del sistema nervioso central inducido farmacológicamente en un paciente con objeto de reducir su conciencia del entorno para controlar ciertos síntomas (dolor, agitación) o para permitirle tolerar intervenciones diagnósticas o terapéuticas que generan dolor o ansiedad. El grado de respuesta a los estímulos, la permeabilidad de la vía aérea y la función cardiorrespiratoria del paciente determinan tres niveles de sedación: mínima, moderada y profunda. Un nivel superior a la sedación profunda es la anestesia general. (Diccionario de términos médicos 2012).

en el mismo lugar del dolor crónico. Las causas de una crisis de dolor son estrés, enfermedades o actividades, como hacer ejercicio o toser. También aparece cuando pasa el efecto de la dosis del medicamento para controlar el dolor. Este tipo de dolor no suele ser un síntoma de un problema de salud nuevo ni de un empeoramiento de la afección del paciente. También se llama brote de dolor, dolor intercurrente, empeoramiento del dolor, exacerbación del dolor, reagudización del dolor y recrudecimiento del dolor. (NCI 2018)

Adicionalmente, en correspondencia con el NCI la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y por miembros del Grupo GEFISER (Grupo de Estudio de la Fibromialgia de la Sociedad Española de Reumatología) 2020. “[L]a fibromialgia tiene un curso crónico con fases de mejoría y brotes de reagudización” (28) “[...] de aparición brusca y duración variable. En muchos casos, los brotes se desencadenan por situaciones de estrés físico o emocional o, simplemente, por cambios bruscos de las condiciones atmosféricas” (SER y GEFISER 2020, 14). En contexto con la información anterior, éstas se presentan en el siguiente orden por pertinencia investigativa: fase precrítica (estabilidad en la percepción sintomática del dolor), fase crítica (reagudización sintomática o aumento en la percepción del dolor) y fase postcrítica (mejoría en la percepción de dolor).

Para ahondar en las fases mencionadas, es importante reconocer que el dolor humano es un fenómeno que trasciende el cuerpo del sujeto que padece si se reduce al concepto de sistema funcional biológico, porque el cuerpo humano sobrepasa el límite de los sistemas de funcionamiento orgánico, no se agota en su esfera material, y, por tanto, no es una máquina orgánica, es decir, no es objeto. El cuerpo humano es una unidad que comprende todas las distintas dimensiones del ser humano (cognitiva, perceptual, psicológica, emocional, biológica, espiritual, mental, social, cultural). Es un sujeto que conoce y reconoce su situación corpórea y se comprende como existente (SP), al tiempo que puede reconocer la situación corpórea de otros sujetos semejantes (SO). A continuación, se presentan algunos de los aportes sobre el concepto de cuerpo de Maurice Merleau-Ponty. Quién desarrolló una concepción del cuerpo que se aleja de las ideas dualistas convencionales que separan el cuerpo del espíritu o la mente. Por su parte, propone un concepto de cuerpo como un "cuerpo vivido" o "cuerpo propio" (*corps propre*), el cual, es fundamental para nuestra percepción y experiencia del mundo. En oposición

al empirismo, toma distancia de la idea que ve a la percepción como un proceso pasivo para adquirir información sensorial. Merleau-Ponty comprende la percepción como una actividad dinámica y activa del cuerpo vivido, distinta de una mera capacidad de recepción de estímulos externos por un sujeto inactivo, desprovisto de todos los condicionamientos que establece la subjetividad. Del idealismo, difiere del postulado de poder obtener una claridad cognitiva y experiencial plena, que sería característica de una conciencia que se encuentra completamente presente a sí misma y, en esencia, completamente ahistórica. (Duch y Mèlich 2005, 147). Se opone definitivamente al dualismo Cartesiano de cuerpo y conciencia, desde (Firenze 2016) el filósofo comprende la relación entre ambos desde una postura totalmente dicotómica, un enfrentamiento del modo de ser, que, por un lado, es conciencia y, por el otro, es cuerpo (cosa). Es decir, una conciencia plenamente libre, que tiene la capacidad de constituir la realidad del mundo mediante las meditaciones evidentes y ciertas del *cogito* (ser pensante)³⁵. Y, por el otro, un cuerpo exterior a la conciencia que se concibe como un cuerpo físico igual a cualquier otro observado por las ciencias naturales (100). Ante esta dicotomía, que por un lado es reflexivo-idealista y, en oposición, causalista-realista es que de acuerdo con (Firenze 2016):

Merleau-Ponty busca la rehabilitación fenomenológica de la corporeidad subjetiva, o, tal y como suele escribir allí Merleau-Ponty, de la subjetividad entendida como “cuerpo propio” (*corps propre*). Como es generalmente admitido por la crítica, con este término el filósofo suele referirse a la noción husserliana de *Leib* (cuerpo vivo), en cuanto cuerpo sujeto, «Yo puedo» y unidad originaria e implícita de la conciencia, contrapuesta a la de *Körper* (cuerpo físico), en cuanto cuerpo objetivado por las ciencias naturales. (100)

El cuerpo vivido (*corps propre*) refiere nuestra experiencia del cuerpo como algo indistinto de sí mismo. No es un objeto físico adicional a todos los demás objetos del mundo, por el contrario, es la vía que nos permite tener experiencias y percepciones del mundo, dicho por Merleau-Ponty (1975) el cuerpo propio “[...] es una permanencia del lado de mí, nunca está verdaderamente delante de mí (como objeto), no puede desplegarlo bajo mi mirada. El cuerpo propio se queda al margen de todas mis percepciones, está conmigo” (108). Es, además,

³⁵ “El cogito cartesiano convierte en eje central de la filosofía moderna al sujeto, el cual se reconoce como ser pensante”. En la Segunda meditación Descartes: a) establece que se puede conocer con certeza la propia existencia como sustancia pensante, aun sin saber si los cuerpos existen, es decir que el conocimiento de uno mismo como ser pensante (cogito) es primario (se conoce por la intuición) y no sensorial; b) el conocimiento de uno mismo como pensamiento es claro y distinto, la captación de los procesos del pensamiento es inmediata y sin problemas. (Rojas-Cuautle 242; 258).

la base fundamental de todas nuestras experiencias pre-reflexivas, es decir, es el cuerpo vivido con todas las experiencias sensibles previas a todo acto reflexivo e intelectual. Por ejemplo, las capacidades motrices y sensoriales cuando se agarran objetos, se saborean alimentos y se escuchan sonidos, sin pensar sobre dichos procesos de manera consciente es la expresión de nuestro cuerpo vivido. Por otra parte, Merleau-Ponty, propone otra noción de cuerpo que no se restringe al cuerpo vivido (*corps propre*) y se refiere con éste al *sujeto encarnado* que se manifiesta por encima de su carácter físico-biológico. En palabras de (Molina 2021)

Para nuestro filósofo la encarnación se encuentra íntimamente relacionada con la subjetividad, posicionando a ésta ante una nueva situación, en el cual al mundo se lo vive; y lleva en sí, además, la no admisión a la dualidad objeto-sujeto y a la noción de sujeto simple y único amarrada al ‘yo pienso’ cartesiano, cuyo sujeto se piensa disociado del mundo y del cuerpo. (61)

El ser humano es un ser encarnado, su situación en el mundo es corpórea, siguiendo a (Molina 2021, 61) “[e]l espíritu como encarnado descubre el espíritu arraigado en un cuerpo” con ello, se quiere decir que no podemos ser comprendidos como mentes puras o espíritus abstractos, puesto que, nuestra existencia es siempre como cuerpos en el mundo. Así, ser sujetos encarnados implica el reconocimiento de que nuestra subjetividad, emociones, sentimientos, capacidad de pensamiento y de acción, se encuentran estrechamente ligadas a nuestro ser corpóreo. De acuerdo con (García 2012) “[E]ste sujeto exterior sin interior, este yo que está siempre ya en el mundo o que ‘es-del- mundo’ es un sujeto esencialmente corporal” (77). En este contexto, nuestra relación con el mundo se encuentra mediada por nuestro cuerpo y deja de lado la dualidad dicotómica entre cuerpo y mente, somos sujetos que piensan, perciben, sienten y actúan en el mundo mediante nuestra corporalidad (Merleau-Ponty 1957) “[E]l mundo no es lo que pienso, sino lo que vivo, estoy abierto al mundo, comunico indiscutiblemente con él, pero no lo poseo, es inagotable” (16). Esta idea de sujeto encarnado le permite al individuo reconocerse a sí mismo y ser reconocido por otros como una unidad integral, a través de la cual, es posible interactuar con el mundo y no como dualidad mente-cuerpo (sujeto-objeto). No obstante, aunque ambos conceptos, ya sea, cuerpo vivido (*corps propre*) y sujeto encarnado (*sujet incarné*) en Merleau-Ponty se encuentran estrechamente vinculados. El primero, se refiere a nuestra experiencia inmediata (primera persona) y pre-reflexiva del cuerpo, mientras que, el segundo, se remite a la condición ontológica de nuestra

existencia corpórea. No obstante, ambos conceptos de manera conjunta permiten una comprensión profunda de la naturaleza encarnada de la experiencia humana.

Es entonces desde el ser humano como sujeto encarnado que se abordará la situación límite causa del CMSP. En este caso, la experiencia de dolor en sus diferentes fases, éstas se caracterizan como una serie de acontecimientos cíclicos que se presenta en el Síndrome de Fibromialgia (SFM) u otras patologías y condiciones que causan dolor severo, como se muestra a continuación:

1. Fase precrítica: en esta etapa, el dolor que se percibe puede ser soportable, de nivel leve ha moderado en la escala visual analógica (EVA)³⁶. Al ser una experiencia privada y no intencional, la intensidad es determinada por cada sujeto sufriente. En esta fase, no se experimenta un CMSP, con frecuencia, se presenta ansiedad psicológica. Esto ocurre por distintos motivos, causados por la incertidumbre que ocasiona el futuro, principalmente.

2. Fase crítica: el dolor es percibido como una situación límite de sufrimiento extremo. En la EVA) se reconoce como severo. En esta fase se presenta el CMSP. Aquí el sujeto, puede perder por completo la capacidad de atención, interés, concentración y enfoque en otras posibles y diferentes experiencias que se encuentren disponibles o inminentes en su entorno social. La situación límite de dolor extremo, puede llevar al sujeto a una única o sobresaliente experiencia perceptible, totalmente desagradable e indeseable. El cuerpo, como unidad integral, se encuentra en alerta máxima, su percepción dolorosa sobrepasa los límites biológicos y se desplaza a todas las dimensiones de la persona, ocasionando el CMSP y, como consecuencia de éste, puede presentarse la desapropiación corporal.

3. Fase postcrítica: esta fase representa un alivio temporal en la percepción dolorosa, al disminuir significativamente el nivel de dolor; en la EVA se encuentra en un nivel leve. Aquí se concentran la mayoría de los efectos psicológicos y afectivos que pueden llegar a ser positivos (asumir una postura optimista de la existencia) o negativos (asumir una postura

³⁶ La escala analógica visual (EVA) permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. 0 cm = nada de dolor / 10 cm = dolor insoportable. (Herrero, Delgado, Bandrés, Ramírez, Capdevila 2018 ,231).

pesimista de la existencia) y dependen de todas las dimensiones del ser humano como sujeto. En esta etapa, puede permanecer la desapropiación corporal y resurgir la angustia existencial, superándose el episodio de CMSP. Es un momento oportuno para el replanteamiento de la existencia y la resignificación de la experiencia límite de dolor severo.

4.3 Desapropiación Corporal como Consecuencia del Cerramiento del Mundo Social Parcial o no Permanente (CMSP)

El CMSP que ocurre en el ser humano, es una experiencia que se percibe de manera exclusiva por quién se encuentra en una situación límite. En este caso, dolor de nivel severo no inducido. CMSP pertenece a la esfera privada del sujeto, la cual comprende todas aquellas experiencias, fenómenos y acontecimientos que afectan o intervienen, de manera excepcional, al sujeto como individuo, en lo más íntimo de su ser. Por lo tanto, es una vivencia en soledad que, no se remite al sentido físico de la expresión, sino, al hecho de que el sujeto pueda sentirse desvinculado o desconectado de los otros sujetos, es una interrupción de la intersubjetividad. A la vez que, sustrae al sujeto de la capacidad de agencia sobre sí mismo y sobre su mundo social. Lo anterior ocurre en el instante en que la experiencia de dolor llega al punto cumbre, donde se vuelve inefable por el sujeto sufriente e incomprensible por su entorno social. Al mismo tiempo, es suspendida de manera parcial, la capacidad que tiene el sujeto que padece, de concentrarse, interesarse, remitirse, dirigirse, orientarse y enfocarse en la percepción de otras experiencias posibles. De acuerdo con (Salín-Pascual 2018) En situaciones límite como dolor crónico de tipo severo puede presentarse la Sensación de Desapropiación Corporal (SDP), la cual, resulta como una pérdida de la capacidad de control sobre el propio cuerpo o el reconocimiento de éste como propio (39).

El cuerpo que se reconoce como propio implica la capacidad de agencia sobre el mismo, siguiendo a (Duch y Mèlich 2005) “Merleau-Ponty [...] en toda su obra pone de manifiesto que la capacidad del ser humano como agente se encuentra esencialmente *encarnada*” (145). Esta capacidad encarnada nos permite habitar el espacio y el tiempo, en otras palabras, con mi cuerpo, en condiciones óptimas, puedo acostarme o levantarme, ingerir alimentos o no,

desplazarme de un lugar a otro o no hacerlo, presentarme ante un “otro semejante” y ser reconocido por éste al interactuar y comunicarme. Continuando con Duch y Mèlich (2005)

El agente encarnado, que es todo hombre y toda mujer, es y percibe justamente porque es (llega a ser) consciente del mundo, de tener «un» mundo, pacíficamente o en conflicto con él o estableciendo con él una serie de compromisos. Ahora bien, la única forma de tenerlo consiste en percibirlo no genéricamente, en abstracto, sino desde el lugar en el que me encuentro situado con la colaboración indispensable de los sentidos corporales. (146).

En este sentido, el cuerpo es parte fundamental de la construcción de la identidad personal, porque mediante las acciones, accidentes, comportamientos y lenguaje se da cuenta de los deseos, pensamientos, percepciones, experiencias, motivaciones y voluntad del ser individual de un sujeto específico. Es por ello, que la sensación de desapropiación corporal (SDC) conlleva a una crisis existencial y de identidad personal. El mundo se nos presenta mediante el cuerpo, la vida humana empieza como vida corpórea previa a la vida reflexiva, puesto que, es posible imaginar o reconocer una vida humana corporal sin función del pensamiento, pero no lo opuesto. Es imposible entonces prescindir del cuerpo sin prescindir de la conciencia y la percepción, el cuerpo es nuestro ser en el mundo. Siguiendo a Duch y Mèlich (2005):

El hecho de poseer un cuerpo con capacidades perceptivas es una muestra evidente de la radical apertura del ser humano al mundo. Sin cesar, nuestras percepciones se encuentran, al mismo tiempo, orientadas hacia la realidad mundana que nos rodea e íntimamente vinculadas con ella. (146).

Por ello, el CMSD implica la muerte del cuerpo y, con esta, la capacidad que tiene el sujeto de tener experiencias. Para lo cual, existe el caso en que la conciencia, las facultades mentales y la percepción, pueden encontrarse comprometidas, pausadas, disminuidas, alteradas o afectadas como en el caso de CMSP donde el cuerpo continúa con vida a pesar de los distintos accidentes, contingencias o enfermedades a las que se haya encontrado expuesto y la capacidad de tener experiencias se encuentre reducida o cerrada de modo parcial o no permanente.

En un episodio de CMSP por experiencia límite de dolor severo que genere como consecuencia la sensación de desapropiación corporal (SDC), pueden observarse varias cosas importantes. Por un lado, la percepción del cuerpo propio como ajeno, ya sea de manera parcial, en caso de percibir una sola parte, extremidad o miembro como extraño o, de manera total, cuando se llega a la sensación de que el cuerpo propio es completamente extraño, no nos pertenece e incluso puede percibirse como un “otro enemigo”. Por otro lado, la alteración de la identidad individual, si bien es cierto que en nuestro cerebro se encuentran áreas somatoestésicas primarias y motoras³⁷ que se encargan del tacto y la propiocepción³⁸. Para el conocimiento y experiencia de lo externo al cuerpo, se encuentran los sentidos de exterocepción³⁹ (tacto, visión, audición, olfato y gusto) y para la conciencia del estado interno del cuerpo se tiene el sentido de interocepción⁴⁰. No obstante, estos recursos y mecanismos

³⁷ Áreas de Brodmann: El conjunto de divisiones imaginarias en las cuales puede dividirse la corteza cerebral y que permite la identificación de regiones concretas de ésta. Divididas en un total de 47 zonas o áreas, si bien algunas de ellas pueden subdividirse hasta formar un total de 52. Las áreas somatoestésicas primarias y motoras son:

- Área 1 de Brodmann: puede encontrarse justo después del surco central o cisura de Rolando. Forma parte del área somatosensorial primaria y trabaja con la información somestésica procedente del cuerpo.
- Área 2 de Brodmann: Esta área es también parte de la corteza somatosensorial primaria, poseyendo las mismas funciones que la anterior.
- Área 3 de Brodmann: Junto a las dos anteriores, forma parte de la corteza somatosensorial primaria. También recopila y procesa información del estado y sensaciones somestésicas como el tacto o propiocepción.
- Área 4 de Brodmann
- Esta área cerebral se corresponde en gran medida con el área motora primaria, siendo de gran importancia a la hora de enviar a los músculos esqueléticos la orden de contraerse o dilatarse. (Castillero-Mimenza 2018, 2).

³⁸ La propiocepción: Incluye 4 sentidos (1) el sentido de movimiento y posición de las extremidades (kinestesia); (2) el sentido de la tensión o fuerza; (3) el sentido del esfuerzo, y (4) el sentido de balance. La información de propioceptores protege a la corteza cerebral del cerebro y contribuye a mantener un mapa mental del cuerpo. Un mapa es un esquema corporal o esquema postural que es una representación interna de la postura del cuerpo y parece estar constantemente actualizada con base en las experiencias actuales. El esquema corporal puede orientar las acciones motoras como distintas de la conciencia perceptual, la creencia y la actitud del cuerpo por su propietario, es decir, la imagen corporal. La manipulación experimental de las señales aferentes puede llevar a falsas impresiones de posición de las extremidades, hay pruebas de que los aferentes de gran diámetro son responsables del dolor comúnmente experimentado después del ejercicio, lo que implica el acceso a la forma en una ruta de dolor aferente del huso muscular. En pacientes con dolor hay alteraciones de la propiocepción con respecto al resto de la población (Buckingham & Goodale 2013, 1-6).

³⁹ Exterocepción: Se clasifica en sensación táctil, receptores visuales y auditivos y quimio-recepción (olfato y gusto). Estos sentidos se consideran como exteroceptivos porque confieren sensaciones que surgen desde fuera del cuerpo, tales como la valencia de los olores o la intensidad de estímulos auditivos. Su papel en la construcción de la representación del cuerpo es definir los límites del organismo con respecto a su entorno externo. (Khoshnejad, Fortin, Rohani, Rainville 2014, 581-590).

⁴⁰ Este concepto se refiere a la conciencia perceptiva en la actividad de los órganos internos viscerales que están mediados por el sistema nervioso autónomo. Los receptores sensoriales viscerales están divididos en dos grupos: el primero tiene que ver con los receptores del dolor (nociceptores), que son terminaciones nerviosas libres que se encargan de datar el daño tisular directo; el segundo se refiere a los receptores fisiológicos que controlan la

cerebrales no definen la autopercepción que los sujetos tienen de sí mismos, pues lo que entendemos o conocemos como autopercepción, se encuentra localizado en la corteza asociativa⁴¹ ubicada en el córtex cerebral, siendo la encargada de asociar e integrar todo aquello que es percibido, proporcionando sentido a la información que recibimos de los sentidos (Castillero-Mimenza 2017, 2). Esta ubicación, de manera específica, es la zona asociativa parietotemporooccipital, la cual se ocupa de la información táctil, propioceptiva y visual, integrándose con los conceptos de textura, tamaño y forma. Además, está estrechamente relacionada con la autopercepción y la conciencia del cuerpo. En estos términos, podemos concluir que, la identidad es una construcción que puede desarrollarse a partir de la experiencia del propio cuerpo y el cuerpo de los otros, la cultura, el entorno social y el lenguaje, no el resultado estrictamente orgánico de procesos cerebrales.

El MS se nos presenta a través del cuerpo, aprendemos y conocemos acerca de este, por medio de él, desde una etapa pre reflexiva. Si nuestro ser en el mundo es corporal, si nuestro cuerpo es vía de información proveniente del exterior y del interior del cuerpo, pero dicho cuerpo no se reconoce ni se experimenta como propio, sino como ajeno, como extraño, como enemigo. Esto desemboca en la percepción del cuerpo como objeto, en una total deformación de la autoimagen, puesto que, ya no se reconoce como unidad integral, como sujeto, sino como uno más de todos los objetos que se encuentran en el mundo y, que, además, puede entenderse como una amenaza hostil que debe ser combatida. Por lo anterior, el CMSP dado por la experiencia límite de dolor severo, causa de la sensación de desapropiación corporal, puede llegar a convertirse en un fenómeno totalmente despersonalizante y objetualizante de sí mismo. Lo anterior puede entenderse como una lucha contra la propia corporalidad, que va desde el consumo no controlado de analgésicos, mutilación de extremidades, autoflagelación y

función de los órganos viscerales y median los reflejos viscerales. Estos últimos están divididos en dos partes: receptores de rápida adaptación, que monitorean los cambios en el estado o función inmediata, y receptores de adaptación lenta, que controlan el proceso visceral a largo plazo (Rocha 2022, 30).

⁴¹ Denominamos corteza asociativa a la parte de la corteza cerebral (la parte más externa y visible del encéfalo) encargada principalmente de asociar y vincular entre sí las diferentes informaciones procedentes de regiones cerebrales encargadas de los diversos sentidos o de poseer los programas necesarios para la realización del movimiento. Dicho de otro modo, se trata de las áreas de la corteza cerebral que permiten integrar la información de un mismo sentido y/o de varios de manera que podamos tener una percepción conjunta de los estímulos y el entorno. Así, son las que a grandes rasgos nos permiten ser conscientes de lo que nos rodea e incluso de nosotros mismos, pues gracias a ellas podemos interpretar la realidad y reaccionar de forma adaptativa a ella. La información procesada puede ser sensorial o motora. (Castillero-Mimenza 2017, 2).

finalmente, como caso extremo, en cerramiento del mundo social definitivo autoinducido (CMSD).

4.4 Replanteamiento de la Existencia y Resignificación de la Experiencia Límite de Dolor Severo.

Cuando menguan los episodios de CMSP en etapa postcrítica de la experiencia límite de dolor crónico severo, no siempre ocurren consecuencias permanentes negativas, por el contrario, puede ser una etapa que permita un análisis profundo de la propia existencia a partir de la *angustia* experimentada. Si bien es cierto, la angustia puede comprenderse como una emoción y como tal corresponde a la esfera privada o experiencia interna del ser humano, también se puede hacer como una experiencia social, debido al hecho de que dicho sujeto se encuentra en el margen del mundo social de manera permanente, en un entorno en el cual interviene y es intervenido por los otros sujetos. Siguiendo a Schütz, quién se aparta del concepto husserliano de esfera primordial, entendiendo esta como el ámbito de las experiencias puras y propiamente privadas, puesto que, “[e]s inasequible una experiencia privada que no esté socializada desde el comienzo” (Schütz y Gurwitsch 1985, 280). Es decir que, toda experiencia del sujeto ya sea, del mundo o de sí-mismo, se encuentra siempre preformada por un *a priori social*. Este abarca de manera global la intersubjetividad primaria, como también, el conjunto de tipificaciones culturales que acompañan al sujeto, las cuales, ha adquirido en sus distintas interacciones a través de la educación familiar, la escolaridad y el entorno social en que se ha desenvuelto. (Schütz 1962, 13). En estos términos, el sí mismo (yo) no puede escapar de la influencia del otro (tú), esta es una realidad imprescindible.

Para entender la angustia, recordemos lo que implica este concepto para Søren Kierkegaard. Este pensador considera que, el origen de la angustia radica principalmente en el vasto abanico de posibilidades que un hombre puede imaginar, reflejo de la infinitud con que se enfrenta por encima de su propia finitud. Bajo estos términos, el ser humano se angustia, porque tiene un carácter ambiguo en el cual se debate, es decir, por un lado, es un ser finito que se encuentra determinado por la finitud, al tiempo que es un ser infinito y determinado por la

infinitud. Esta infinitud, puede interpretarse como posibilidad, el vasto mundo de las posibilidades infinitas frente a las cuales la angustia posiciona al ser humano.

Entender la angustia como un vasto mundo de posibilidades infinitas y múltiples, hace prevenir al ser humano contra la realidad, la cual, es una sola. La angustia, vista de esta manera, se origina y puede comprenderse en el sujeto propio, se experimenta en el yo (aquí), en el sí mismo, no en el otro (allá), llevándolo a la sensación de aflicción, desconsuelo, agobio, porque pone ante su propio ser, todas las distintas y variables posibilidades a las que podría encontrarse expuesto en el futuro. Entre la realidad y la posibilidad, la posibilidad es más impactante porque la multiplica. El conocimiento y la comprensión de la realidad es el estar situado frente a una única posibilidad. Enfrentarse a la posibilidad es el origen de la angustia, porque es el estar situado frente a la infinitud misma.

La angustia, puede entonces, preparar al ser humano para la realidad porque ésta, inicia en ella. En estos términos, la angustia, se encuentra estrechamente relacionada con la libertad, en tanto que, para Kierkegaard, la angustia es “[l]a posibilidad de la libertad” (1963, 281). Y, al ser posibilidad, se encuentra en la esfera del futuro, así, todo lo que es posible no es nada, mientras no se lleve a cabo, mientras no se ejecute. De esta manera, el filósofo danés, relaciona la angustia con la libertad, la cual implica acción. Así, “[e]l ámbito de la libertad se encuentra siempre dentro de un orden de realizaciones concretas” (Kierkegaard 1965, 110). La libertad es el yo mismo que se afirma en todas y cada una de sus decisiones, es decir, se despliega en la elección que el ser humano hace de sí mismo, ya sean consciente o inconsciente. El yo mismo es un ser permanente y su forma de manifestarse son sus elecciones. Estas elecciones revelan la naturaleza de la libertad, que, en todo caso, demuestran renuncia a un vasto mundo de posibilidades para reflejarse en una única realidad concreta. En este orden de ideas, una de las cosas más apremiantes del pensamiento kierkegaardiano, es mostrar que, la realización del ser humano se encuentra determinada por sus elecciones, en tanto que, “[s]i no elige el hombre se empobrece” (Kierkegaard 1955, 15). Este elegir se presenta de manera fluida en el transcurso de la vida, por lo tanto, los instantes de elección suceden y se configuran en realidad vivida. Ello demuestra las disposiciones de la voluntad que desembocan en las diferentes formas de actuar humano.

La angustia es, pues, una de las grandes preguntas de la filosofía, atañe al ser humano en lo más profundo de su ser. En situación de angustia, el sujeto se relaciona o enfrenta a sus propios límites y, es aquí, donde se puede observar su carácter trágico. A la experiencia de la angustia se puede llegar por distintas vías, una de estas, es consecuencia de la experiencia límite de dolor severo en etapa precrítica y postcrítica, pero no posible en la etapa crítica con episodio de CMSP.

Para entender lo anterior, recordemos la diferencia entre las distintas etapas en que puede experimentarse el dolor crónico severo. Por lo general, los episodios de dolor crónico no se experimentan bajo la misma intensidad, sino que, pueden variar de manera cíclica en cada caso. A esto, lo he denominado etapas diferenciadas en precrisis, crisis y poscrisis como se ha presentado anteriormente. En cada una de estas etapas la experiencia de dolor se presenta de manera distinta y conlleva consecuencias muy diferentes entre cada ciclo. La fase precrítica, denominada de esta forma, porque indica el desconocimiento empírico del punto cumbre o límite de la experiencia de dolor, no genera en el sujeto mayores traumatismos o desafíos existenciales, puesto que, aún se percibe como un ser en condiciones óptimas de elegir, disponer y dirigir el curso de su propia vida. Las relaciones socio afectivas pueden encontrarse no intervenidas por su experiencia personal, relacionada con el dolor crónico y, además, es posible que, pueda continuar su interacción con los otros semejantes y con el mundo.

En esta etapa, la angustia se encuentra presente y, por lo tanto, el vasto mundo de posibilidades también lo está. Es por ello por lo que, en este sentido, la angustia no se interpreta como un mal, sino todo lo contrario, la angustia es un bien, debido a que, representa para el sujeto, la posibilidad de ejercer su voluntad personal, la cual se expresa en todas y cada una de sus acciones, en tanto que, puede elegir, es una persona libre. Independiente de que esté consciente o satisfecho de todas sus elecciones. Esta libertad indica la permanencia del yo mismo, afirmándose en cada elección, un artífice de su realidad concreta. Además, la correspondencia entre su cuerpo orgánico y su cuerpo vivido. Es decir, cargado de sentido, continúa intacta. En consecuencia, no se presenta una crisis de identidad o desajuste en la autopercepción.

Por otra parte, la angustia es diferente en la etapa crítica, pues en esta, la experiencia de dolor llega al punto cumbre, en donde la capacidad de concentración, interés y atención quedan menguadas o pausadas. Este estado conlleva a que la posibilidad de enfocarse en otras y diferentes experiencias, al margen del dolor límite de sufrimiento extremo, se encuentre totalmente limitada y/o obstruida. A esto se le llama, cerramiento del mundo social parcial CMSP. Adicionalmente, puede observarse una crisis de identidad y una completa distorsión de la autoimagen, puesto que, el sí mismo (yo) como un aquí, se ve comprometido, en tanto que, el cuerpo (sujeto) es percibido como ajeno y extraño. Esto se conoce como, la sensación de desapropiación corporal SDC, que trae consigo, la pérdida de la capacidad de agencia sobre el propio cuerpo. (Salín-Pascual 2018, 39-42).

En un episodio de CMSP, la capacidad de percepción se cierra a una única experiencia, a saber: el dolor límite de sufrimiento extremo. Esta experiencia, absorbe por completo al sujeto, alterando su capacidad de percepción de las otras experiencias posibles o disponibles en su entorno. Esto implica que, entre estas experiencias se encuentre también la angustia, el vasto abanico de posibilidades infinitas ante las cuales se ve enfrentado el sujeto. Por lo tanto, la angustia, no es una experiencia posible en etapa crítica de dolor severo con CMSP. Esto trae tres implicaciones muy negativas para el sujeto que sufre: 1) al no poder experimentar angustia, el sujeto pierde la visión de las posibilidades infinitas, puesto que, esta visión se encuentra anclada en una única posibilidad (la experiencia de dolor); 2) sin la experiencia de la angustia, la elección se hace innecesaria, pues no existe posibilidad alguna por elegir; 3) sin elección no existe libertad. Por lo tanto, en el CMSP, el sujeto no puede elegir, no es libre y no puede experimentar la angustia, porque la posibilidad infinita se encuentra en pausa, existe una única posibilidad y esta es una realidad concreta, el dolor severo asociado a sufrimiento máximo.

En este sentido, la sensación de desapropiación corporal no se manifiesta como el ejercicio de la voluntad del sujeto, sino como un acto de supervivencia ante el dolor. La desapropiación corporal se presenta cuando el sujeto se encuentra sometido o expuesto a niveles mayores y prolongados de estrés, traumas emocionales de alto impacto o dolor límite de nivel severo. El desajuste en la autopercepción puede entenderse como un mecanismo de respuesta, en la cual, el cuerpo no se percibe como propio, ya sea, de manera parcial o total. Por lo tanto, el sujeto con sensación de desapropiación corporal presenta una distorsión en la

autoimagen. Tiene la ilusión de que su propio cuerpo no le pertenece, una o varias extremidades le son extrañas o no puede tener ningún tipo de agencia sobre su realidad corpórea. En estos términos, el cuerpo vivido (sujeto), dotado de sentido y que es una unidad integral orgánica, espiritual y social, se reduce a cuerpo (objeto) que se presenta como enemigo, y, por lo tanto, debe ser combatido y posiblemente aniquilado. Por ello, aquellos casos en que un sujeto con experiencia límite de dolor severo, bajo un episodio de CMSP, intenta bajo acciones extremas, ingerir descontroladamente analgésicos, sugiere o intenta la amputación o extirpación de extremidades y partes del cuerpo, asociadas con el dolor percibido y la muerte, no pueden entenderse como actos de la voluntad o expresiones de la libertad del sujeto.

A diferencia de las dos etapas anteriores, la etapa postcrítica sugiere una postura más reflexiva de la experiencia límite de dolor severo crónico. En esta fase, la intensidad de la experiencia de dolor es leve, el episodio de CMSP se encuentra superado y la sensación de desapropiación corporal, por lo general, cesa. La angustia retoma su lugar en el sujeto y, de esta manera, las posibilidades vuelven a abrirse. Retornar a la experiencia de la angustia, es aquí, vista desde una perspectiva muy positiva, en tanto que, devuelve al sujeto la posibilidad infinita y con esta la elección, retornando así a la libertad.

Conocer a partir de una experiencia directa el CMSP, causado por el dolor límite de nivel severo, puede llevar al sujeto a una reflexión profunda y honesta de su propia existencia. Cuando el sujeto retorna al MS, en el sentido en que, tiene a su alcance toda una gama de experiencias y de posibilidad infinita, vuelve a la angustia. Esta no debe entenderse como temor o miedo al pasado, sino, como una especie de incertidumbre, de desconocimiento del futuro, que se reduce a posibilidad. Lo que angustia siempre es la posibilidad dispuesta hacia el futuro. Sin embargo, aunque la angustia en sí misma traiga consigo un cierto malestar existencial, saberse angustiado es saberse vivo, situado ante la posibilidad infinita que, aunque abrumadora, es sinónimo de existencia plena. Por ello, es preferible y deseable, al contrario del CMSP, debido a que, éste disminuye la potencia de la existencia. El ser humano que no puede elegir es un sujeto disminuido, empobrecido, esencialmente.

El CMSP es una situación completamente indeseable. Así, la verdadera desesperanza, aquello que se puede considerar el verdadero mal, la inminente tragedia, no radica en las experiencias que se encuentran en el transcurso de la existencia humana, sino, en la imposibilidad de elegir y la reducción de la capacidad de tener más que una sola experiencia que, por demás, siempre es causa de un profundo sufrimiento.

CONCLUSIÓN

La sociofenomenología de Alfred Schütz, es una disciplina investigativa que combina elementos tanto de la fenomenología como de la sociología con el objetivo de analizar cómo los sujetos construyen, interpretan y comprenden el Mundo Social (MS). Éste se divide en dos categorías fundamentales: la intersubjetividad y la significatividad. La primera, se remite a la forma en que los sujetos comparten e interpretan significados por medio de la interacción, mientras que la segunda, refiere cómo los sujetos atribuyen valor y sentido a sus experiencias. Es decir, mediante éstas, los sujetos intercambian significados y configuran la realidad social, permitiendo una comprensión amplia de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, el MS se comprende como una construcción intersubjetiva que refleja cómo los seres humanos atribuyen sentido a sus experiencias, y cómo las estructuras sociales y culturales influyen dicha interpretación. Schütz distanciado de la fenomenología trascendental de Husserl, se enfoca más en las interacciones sociales y el conocimiento de tipo cotidiano, mostrando que la realidad social es una construcción compartida donde los actores sociales confieren significados mediante procesos de interpretación. Siguiendo estos lineamientos, la construcción social de la enfermedad, especialmente el Síndrome de Fibromialgia (SFM), resalta la compleja interacción entre las dimensiones biológicas y sociales de la salud y la enfermedad. Este enfoque presenta la enfermedad no como un fenómeno puramente natural, sino como una construcción social influenciada por el contexto histórico, cultural y subjetivo de los seres humanos.

Este proyecto monográfico propone una integración de perspectivas, puesto que, los enfoques tradicionales de la medicina, en especial el anatómico y el fisiológico, presentan una visión fragmentada y mecanicista del cuerpo humano. Por ello, para una comprensión más completa de la enfermedad, es necesario integrar tanto los aspectos biológicos como los contruidos socialmente. La perspectiva sociofenomenológica, basada en las ideas de Alfred Schütz y los aportes de Berger y Luckman, resaltan la importancia del diálogo, la correspondencia de significado y la interpretación compartida en la construcción del significado del concepto enfermedad. Como caso concreto el SFM, puede entenderse como el resultado de procesos comunicativos y culturales sin omitir sus componentes físico-biológicos. La experiencia de enfermedad es, por tanto, un fenómeno cargado de significados sociales y simbólicos que van más allá de la simple observación empírica.

En correspondencia con lo anterior, tanto Hacking como Canguilhem coinciden al enfatizar en cómo la percepción y la comprensión de la enfermedad y el dolor están influenciadas por factores culturales reflejados en sus construcciones sociales. Por lo tanto, es crucial reconocer que estas experiencias no se remiten a simples fenómenos individuales o subjetivos, sino que están moldeados por el entorno social en el que se desenvuelven. Para ambos autores, la construcción social de los conceptos influye significativamente sobre la comprensión de la enfermedad y el dolor. Esto significa que, las clasificaciones, etiquetas y conceptos para entender dichas experiencias pueden modificarse con el tiempo y variar entre diferentes sociedades. Además, realizan un análisis sobre la interacción entre la sociedad y la ciencia médica en la definición y el abordaje de la enfermedad y el dolor. Por lo cual, los conceptos médicos, las entidades clínicas y las enfermedades no son criterios fijos, sino que van evolucionando con los cambios sociales, la dinámica política y los avances científicos.

A pesar de los aspectos sociofenomenológicos de la enfermedad y el dolor, para ambos autores es fundamental el reconocimiento de la experiencia individual. Las personas experimentan la enfermedad y el dolor de maneras muy diferentes y variadas, puesto que, el criterio de normalidad ya no debe entenderse como un estándar aplicable para todas las personas, sino como, un parámetro individual que le permite a cada sujeto determinar si experimenta cambios en su propio organismo con relación a síntomas que no presentaba con anterioridad. El criterio ya no es un estándar colectivo y específico para todo cuerpo humano, sino que, lo anormal es identificado como la ruptura de un equilibrio interno de cada individuo. Así, no siempre toda igualdad de resultados de un examen de laboratorio con alteraciones del mismo tipo en dos individuos diferentes refleja en éstos la sintomatología que designa enfermedad. Puesto que, no siempre las mismas alteraciones anatómicas y biológicas son causas de enfermedad para todos los individuos que las presentan. Ejemplo de ello, la COVID-19 que, aunque en la prueba específica en dos individuos refleje positivo, no siempre ambos presentan síntomas asociados a la enfermedad, puesto que uno puede desarrollar la enfermedad, mientras que el otro se adapta al virus y no sufre mayores alteraciones. Es decir, Canguilhem propone una reivindicación de la subjetividad, una visión valorativa-normativa que considera la salud y la enfermedad como condiciones que dependen de la relación del individuo con su entorno y sus propias normas vitales. Esta perspectiva afirma la subjetividad del individuo y critica las visiones naturalistas y objetualizantes que descontextualizan la experiencia del enfermo.

En este orden, Canguilhem propone que la enfermedad es una desviación de la norma biológica individual, mientras que, para Hacking las clasificaciones de enfermedad están sujetas a variaciones y cambios en el transcurso del tiempo, y así mismo, difieren entre distintos entornos o contextos sociales y culturales. Así, podemos observar como la relación entre normalidad y enfermedad es compleja, puesto que, la frontera entre lo normal y lo patológico se encuentra influenciada por cambios socioculturales. Con respecto a la fibromialgia como construcción social, responde al final a una entidad de tipo mixto siguiendo a Hacking, en su propuesta de clasificación de enfermedades en la que hace una distinción entre dos tipos diferentes, por un lado, de tipo natural biológico, las cuales, denomina clasificaciones indiferentes y, por otro lado, las clasificaciones humanas, denominada de tipo interactivo. La fibromialgia es mixta, porque cursa con ambos tipos de clasificación, debido a que presenta componentes tanto indiferentes como interactivos. Es indiferente, porque tiene bases neurológicas asociadas a su sintomatología, y también interactivo, ya que es una construcción de la idea socialmente aceptada de esta enfermedad.

El enfoque integrativo del dolor presentado en este texto se alinea con los planteamientos filosóficos heideggerianos, en tanto que, se resalta la importancia de la disposición afectiva como un aspecto central de la experiencia de dolor. Heidegger señala que el *Dasein* está siempre abierto a la afectividad, y los estados de ánimo como la ansiedad, el sufrimiento, la angustia o el placer median nuestra relación con el mundo y con los otros semejantes. Así, el dolor no se reduce a una mera respuesta biológica de alerta y defensa, sino que emerge en el marco de la interpretación y la significación que el *Dasein* le asigna, en su comprensión del ser y del mundo. Éste no es un ente aislado, sino un ser que se encuentra en constante interacción con el mundo y los entes que lo rodean, tanto útiles a la mano, como los otros semejantes. Esta interacción está mediada por los estados de ánimo y las emociones, que revelan la apertura del *Dasein* al ser. En estos términos, el dolor no es solo una experiencia sensitiva, sino que también implica una disposición afectiva que abre al *Dasein* a una nueva comprensión del mundo. Esta disposición no es una característica superficial en lo absoluto, sino una estructura fundamental que nos permite relacionarnos con el entorno en su totalidad. El dolor, en este sentido, actúa como un "desocultamiento" (*aletheia*) de la realidad, que desvela nuevas dimensiones del ser y del mundo para el sujeto que lo experimenta.

Por otra parte, la temporalidad indica que el *Dasein* siempre está proyectado hacia el futuro, mientras está condicionado por su pasado y su situación presente. En el caso del dolor, esta estructura temporal puede verse reflejada en cómo el sufrimiento lleva al individuo a anticipar su propia finitud, su muerte. El dolor no solo es una experiencia presente, sino que también proyecta al individuo hacia una reflexión sobre su existencia en su totalidad, revelando la finitud de la vida y la inevitabilidad de la muerte. El sufrimiento causado por la fibromialgia refleja esta proyección hacia un futuro incierto, donde el sujeto se enfrenta a su propio ser como finito y vulnerable. La experiencia del dolor no es un hecho aislado; siempre ocurre en el contexto del ser-en-el-mundo. El sufrimiento, entonces, adquiere significado en función de cómo el *Dasein* se relaciona con los entes intramundanos y con los otros semejantes. Por ello, el dolor tiene una dimensión ontológica profunda, porque afecta cómo el *Dasein* se preocupa por su existencia y por la de los otros. En este sentido, el dolor no es solo una experiencia personal, sino que también tiene un componente social, dado que afecta las relaciones y el sentido compartido del mundo. En la medida en que el dolor lleva al *Dasein* a preocuparse por su existencia, puede convertirse en un punto de inflexión para proyectar nuevas posibilidades de ser. Incluso en la etapa de sufrimiento máximo, existe la posibilidad de un replanteamiento existencial, lo que Heidegger llamaría un "precursor estado de resuelto". Esto significa que el dolor puede ser una puerta hacia la autenticidad, en tanto que confronta al *Dasein* con su finitud y le obliga a tomar decisiones sobre su futuro. No es solo un fenómeno físico o emocional, sino una manifestación profunda del ser que afecta todas las dimensiones de la existencia humana: la temporalidad, la relación con el mundo y los otros, y la posibilidad de proyectar un sentido renovado en medio del sufrimiento.

Mi experiencia de dolor narrada en primera persona desde una perspectiva sociofenomenológica, revela la complejidad de trasladar lo subjetivo y privado de este fenómeno a un ámbito público y comprensible. Esta narración no solo expone el dolor como un fenómeno físico, sino como una vivencia que impacta profundamente mi propia identidad, las relaciones sociales y el sentido de agencia personal. El dolor, en este caso, no es solo un síntoma, sino un marco ontológico que configura el ser-en-el-mundo. La experiencia de dolor vivida de forma continua, especialmente el dolor crónico como en el caso particular del SFM, puede ser comprendido como una ruptura en la normalidad, pero también como una oportunidad para replantear la relación entre cuerpo, mente y entorno, ya sea, natural o social. Desde el enfoque sociofenomenológico, la subjetividad del dolor y su interpretación social

presentan un conflicto: lo que para el sujeto es real y agobiante, para la sociedad es a menudo incomprendido o minimizado. Por tal razón, esta narrativa del dolor invita a reflexionar sobre la construcción social de la enfermedad y la salud. La experiencia personal con la fibromialgia, en la que los diagnósticos médicos no encuentran correlato objetivo con el sufrimiento percibido, revela la tensión entre la realidad vivida del sujeto y las limitaciones de las categorías médicas y sociales. Aquí se pone en evidencia la importancia de la perspectiva fenomenológica para comprender el dolor, ya que este trasciende los parámetros biomédicos al ser una experiencia profundamente arraigada en la subjetividad del individuo. La clave filosófica del relato radica en la capacidad de resignificación del dolor. A través de la agencia, la transfiguración de ser un "paciente" pasivo a un "agente" activo. No se trata de negar la enfermedad, sino de integrar esta experiencia como parte de la identidad personal, como una condición que no limita, sino que puede ser comprendida y gestionada desde un enfoque que reconozca la interrelación entre cuerpo y mente. Así, el dolor deja de ser un mal necesario o una carga insuperable, para convertirse en una vía de conocimiento, un desafío existencial que, mediante la agencia y el autocuidado, permite al sujeto alcanzar un nuevo equilibrio vital. Esta visión se opone a las concepciones mecanicistas de la medicina, proponiendo que el sufrimiento no es una condena, sino una dimensión que puede resignificarse y transformarse en un recurso para el crecimiento personal y el autoconocimiento.

Siguiendo a Merleau-Ponty, el dolor se experimenta a través del "cuerpo propio" (*corps propre*), un cuerpo que no es solo un objeto biológico sino la vía primaria por la cual el ser humano percibe y vive el mundo. El cuerpo, lejos de ser una entidad separada de la mente, es la base de la subjetividad. En este sentido, el sufrimiento no puede reducirse únicamente a lo físico-orgánico, sino que abarca la totalidad del ser, afectando la percepción del entorno y la relación con los otros. Por ello, la experiencia de dolor crónico en el SFM se comprende como una vivencia integral, donde la separación tradicional entre mente y cuerpo se disuelve. En las fases del dolor (precrítica, crítica y poscrítica) asociadas al SFM, se evidencia cómo el cuerpo y la subjetividad están profundamente interrelacionados. Es decir, el dolor no es solo una señal biológica, sino una experiencia encarnada que abarca todas las dimensiones del ser humano. En la fase precrítica, el dolor se percibe de forma moderada y soportable, aunque el sujeto pueda encontrarse psicológicamente afectado con la ansiedad de la posibilidad del dolor extremo que está por venir. El cuerpo, en este estado, no es simplemente un objeto externo al sujeto que sufre, por el contrario, es parte activa de la vivencia emocional y mental del

individuo. La fase crítica, por su parte, se caracteriza por el dolor severo que domina toda la percepción y experiencia del sujeto. El cuerpo deja de ser vivido como propio y se transforma en un objeto de sufrimiento; el dolor despoja al sujeto de su capacidad de interactuar con el mundo de manera significativa. En este sentido, el cuerpo se enfrenta a su límite, afectando profundamente tanto la percepción del sujeto como su relación con el entorno. En la fase poscrítica, la disminución del dolor permite al sujeto retomar una relación más integrada con su cuerpo y el mundo. Aquí, la posibilidad de resignificar la experiencia del dolor abre un espacio para la reflexión sobre la existencia, pero también puede perpetuar el distanciamiento corporal si persisten efectos psicológicos negativos. En este contexto, Merleau-Ponty nos ofrece una perspectiva en la que el dolor crónico en condiciones como la fibromialgia no solo impacta el cuerpo físico (estructura orgánico-biológica), sino que modifica la totalidad de la experiencia humana, donde el cuerpo vivido (subjetividad encarnada) se convierte en un eje fundamental para entender el sufrimiento.

La experiencia de dolor, como uno de los síntomas característicos del SFM puede experimentarse desde diferentes interpretaciones y significados. El estado socioafectivo es el que mayor relevancia presenta en las condiciones de sufrimiento que pueden asociarse a este fenómeno. Bajo la experiencia del dolor límite severo, un individuo puede ver reducida su capacidad de concentración, atención y conciencia en otra experiencia distinta que el dolor mismo; a este hecho, lo nombro en esta investigación como innovación conceptual Cerramiento del Mundo Social (CMS), el cual designa, una saturación total de la conciencia por una sola experiencia límite, que, en el caso concreto de esta monografía, es el dolor de sufrimiento extremo. Este reduce las posibilidades del sujeto, pues es incapaz de decidir, actuar e interactuar en condiciones equiparables a una persona que no presenta una experiencia de dolor a nivel límite por periodos prolongados o de tipo crónico.

Existen dos tipos de CMS, el definitivo y el parcial. El primero (CMSD), indica el estado en que el mundo social se cierra de manera total o definitiva, esto es la muerte. El segundo (CMSP), es el fenómeno en el que el individuo siente una desconexión profunda del mundo y de los demás, que afecta su capacidad de agencia y auto percepción. Este aislamiento subjetivo no es simplemente una soledad física, sino un proceso en el que el dolor extremo cierra las puertas a otras experiencias y relaciones, dejando al sujeto atrapado en la experiencia límite.

Desde una perspectiva fenomenológica, inspirada por el pensamiento de Merleau-Ponty, el CMSP implica una ruptura en la forma en que el individuo habita su cuerpo y el mundo. El cuerpo, en condiciones normales, es el medio a través del cual nos relacionamos con el mundo y construimos nuestra identidad. Sin embargo, en situaciones de dolor extremo, el cuerpo se vuelve extraño, dando lugar a la Sensación de Desapropiación Corporal (SDC). Este fenómeno implica una percepción distorsionada del propio cuerpo, que se siente ajeno o incluso como un enemigo. Esta alteración profunda de la relación entre el sujeto y su cuerpo no solo afecta la percepción del dolor, sino también la identidad personal y la capacidad de acción. La SDC se relaciona con la crisis existencial descrita por Merleau-Ponty, en la que el cuerpo deja de ser vivido como una unidad integral y se convierte en un objeto externo. En lugar de ser la base de la experiencia y el conocimiento del mundo, el cuerpo se aliena, lo que transforma la experiencia del dolor en un proceso despersonalizante. Esta alienación del cuerpo puede llevar al individuo a actuar contra sí mismo, en un intento desesperado de recuperar el control sobre su identidad y su agencia, tal como se ilustra con comportamientos de automutilación o consumo descontrolado de medicamentos y el CMSP autoinducido.

El concepto de CMS subraya la importancia de la intersubjetividad para la constitución del yo. En condiciones normales, el individuo se define a través de sus interacciones con los demás, su reconocimiento por parte de otros y su participación en un entorno social. Sin embargo, el dolor severo y la desconexión que provoca eliminan estas interacciones y, en consecuencia, comprometen la identidad del sujeto. Esto crea un ciclo en el que la desapropiación corporal refuerza el aislamiento social, y viceversa. Siguiendo a Merleau-Ponty, el cuerpo es la vía fundamental para habitar y comprender el mundo. En este sentido, cuando el cuerpo se aliena debido al dolor extremo, la percepción del yo y del entorno se distorsiona, lo que lleva a una crisis existencial. Así, la SDC se entiende como ruptura de la identidad, puesto que esta implica una disociación entre el sujeto y su cuerpo, que transforma el cuerpo en un objeto ajeno. Esto conlleva una fragmentación de la identidad personal y puede desembocar en actos de autodestrucción como formas de lucha contra el propio cuerpo. El CMSP evidencia cómo el dolor severo no solo es una experiencia física, sino también una experiencia social y psicológica. La desconexión del mundo social impide al sujeto encontrar apoyo y comprensión en los otros, lo que agrava la sensación de aislamiento y deja en evidencia el peligro de la despersonalización que surge en el CMSP y la SDC que pueden

llevar a un CMSP, donde el individuo, ya incapaz de soportar la alienación de su cuerpo y el aislamiento, opta por medidas extremas que pueden incluir la autoeliminación. Por lo tanto, el CMSP y la SDC son fenómenos que revelan la fragilidad de la relación entre cuerpo, identidad y mundo social. El dolor crónico y extremo afecta no solo el bienestar físico del individuo, sino que también altera su capacidad de percibirse a sí mismo como un ser encarnado en el mundo.

En correspondencia con lo anterior, se propuso en esta investigación un replanteamiento de la existencia y una resignificación de la experiencia límite de dolor severo. La cual plantea una profunda reflexión filosófica sobre la relación entre el dolor, la angustia y la libertad en la vida humana. A través del análisis de las diferentes etapas del dolor crónico severo (precrisis, crisis y postcrisis), se exploran las implicaciones existenciales de enfrentar una experiencia límite, y cómo esto puede llevar a una resignificación de la vida misma. La angustia como experiencia clave de la libertad es presentada como una experiencia fundamental que permite al ser humano enfrentarse a la infinitud de posibilidades, lo que está estrechamente vinculado con la noción de libertad. Siguiendo a Kierkegaard, la angustia se convierte en la "posibilidad de la libertad", ya que obliga al sujeto a elegir entre esas posibilidades. La angustia, lejos de ser un mal, es un bien porque abre un abanico de elecciones y mantiene al individuo en un estado de alerta y acción constante frente a la realidad.

Durante los episodios críticos de dolor severo, el sujeto experimenta un CMSP, lo cual implica una reducción de su capacidad de agencia, percepción y elección. En esta fase, el dolor es tan absorbente que las posibilidades de la vida se ven cerradas, limitadas a una única experiencia: el sufrimiento. Aquí, se pierde la capacidad de elección y, por tanto, la libertad misma, pues el sujeto se encuentra atrapado en una realidad sin opciones. El dolor extremo lleva al sujeto a una sensación de desapropiación corporal (SDC), en la cual el cuerpo deja de ser percibido como propio y se transforma en un objeto extraño o incluso enemigo. Esta desconexión entre el sujeto y su cuerpo refleja una crisis de identidad y de agencia, donde el individuo se ve incapaz de controlar o reconocer su propia corporalidad. Desde una perspectiva fenomenológica, esto implica una ruptura en la relación del ser humano con el mundo y consigo mismo, lo que agudiza la crisis existencial. Tras los episodios críticos, la fase poscrítica abre la posibilidad de una reflexión profunda sobre la existencia. Aquí, la angustia regresa, pero esta vez como una experiencia positiva que reabre el abanico de posibilidades y devuelve la libertad al sujeto. La angustia, en este contexto, ya no es percibida como una fuente de sufrimiento,

sino como una señal de que el sujeto ha vuelto a tener opciones y está nuevamente en contacto con la realidad. La posibilidad infinita es sinónimo de vida, mientras que el CMSP se presenta como la verdadera desesperanza, al eliminar la capacidad de elegir. Por ello, esta monografía subraya la importancia de la libertad en la vida humana, entendida no solo como la capacidad de moverse o decidir en términos físicos, sino como la capacidad de elegir entre múltiples posibilidades. La angustia, en su vínculo con la libertad, se convierte en una herramienta vital que permite al sujeto afirmarse y elegir su propio destino, a pesar de las dificultades que enfrenta.

El dolor extremo, en su fase crítica, es visto como una experiencia despersonalizante y alienante que desconecta al sujeto de su cuerpo y del mundo. Sin embargo, también es una experiencia que, una vez superada, permite una resignificación de la vida y una comprensión más profunda de la propia existencia. El dolor revela las fragilidades del ser humano, pero también puede ser una puerta hacia una mayor auto-consciencia y autenticidad. En esta investigación se coloca la angustia en el centro del proceso existencial. Es decir, mientras que el CMSP suprime las posibilidades y la libertad, la angustia las expande y las multiplica, devolviendo al sujeto al juego de la vida. Este replanteamiento de la angustia como algo deseable resalta su papel como motor existencial, que nos impulsa a actuar, a elegir y a enfrentarnos a nuestra propia finitud con valentía. Por ello, la experiencia límite de dolor severo con CMSP es una situación que pone en jaque la identidad, la libertad y la percepción del cuerpo propio. Sin embargo, una vez superada, abre la posibilidad de una reflexión existencial que permite resignificar la angustia y, con ella, la vida misma.

Desde la perspectiva de Kierkegaard, el análisis del dolor crónico severo con (CMSP) y la angustia puede iluminar una de sus preocupaciones centrales: la relación entre la angustia, la libertad y la existencia humana. Para Kierkegaard, la angustia no es simplemente una experiencia negativa, sino una condición esencial de la libertad y, por ende, de la existencia auténtica. El autor plantea que la angustia surge cuando el ser humano se enfrenta a un "vasto abanico de posibilidades", una apertura hacia la infinitud que contrasta con la finitud de su ser. En el caso del dolor severo, especialmente en la fase crítica descrita en esta monografía, el sujeto queda atrapado en una única posibilidad: el sufrimiento extremo, lo que elimina la angustia en su sentido kierkegaardiano. La angustia, para este filósofo, es la confrontación con

el horizonte de posibilidades abiertas, que otorga la capacidad de elegir y, por lo tanto, de ser libre. Cuando el dolor crónico limita esa apertura, el ser humano se encuentra en una situación de esclavitud existencial, donde la libertad queda anulada y el "sí mismo" pierde su capacidad de proyectarse hacia el futuro.

En la etapa crítica del CMSP, el dolor absorbe completamente al sujeto, lo que restringe sus posibilidades y lo coloca en una condición de incapacidad para elegir. Según Kierkegaard, sin la angustia, entendida como la posibilidad de elegir entre múltiples futuros, la libertad desaparece, lo que lleva a una especie de "empobrecimiento" del ser humano. Este estado es profundamente trágico, pues para Kierkegaard la esencia del ser humano radica en la capacidad de elección. En el dolor extremo, el sujeto queda atrapado en una sola realidad, lo que despoja al individuo de su libertad esencial y lo relega a un estado de desesperación, donde la existencia queda limitada a la supervivencia inmediata. Cuando el sujeto supera el episodio crítico de dolor y entra en la fase poscrítica, la angustia vuelve a su vida. En términos kierkegaardianos, este retorno de la angustia es un signo positivo, porque devuelve la posibilidad y, por tanto, la libertad. La angustia se convierte en una especie de indicador de que el sujeto ha recuperado su capacidad de elegir, su capacidad de enfrentarse al futuro con todas sus posibilidades. Kierkegaard vería en esta fase poscrítica un momento de profunda resignificación de la existencia. El dolor severo podría, paradójicamente, servir como una experiencia que impulsa al individuo a una reflexión más profunda sobre su ser y su relación con el mundo, una forma de "replanteamiento" que conecta con la idea de que el sufrimiento extremo puede catalizar una comprensión más plena de la propia existencia.

Para Kierkegaard, vivir sin angustia no es vivir de manera auténtica. La angustia, aunque dolorosa y difícil, es el precio de la libertad. En el caso de la experiencia límite del dolor severo, cuando el individuo se ve despojado de esa angustia en la etapa crítica, está esencialmente "muerto" en términos existenciales, ya que no puede elegir, no puede proyectarse hacia el futuro y no tiene acceso a esa apertura hacia las posibilidades infinitas que definen al ser humano. La experiencia del dolor severo es una especie de prueba extrema de la libertad y la existencia. Mientras que el dolor crítico elimina la angustia y, por lo tanto, la libertad, el retorno a la angustia en la fase poscrítica permite al sujeto reencontrarse con su capacidad de elegir y, con ello, su capacidad de vivir de manera auténtica. La angustia, por

tanto, no es un mal, sino el signo de que la existencia sigue abierta, de que aún es posible elegir y de que el ser humano sigue siendo libre. En resumen, desde Kierkegaard, la experiencia límite del dolor severo puede ser vista como una interrupción de la angustia y, por lo tanto, de la libertad. No obstante, la superación de esa fase crítica y el retorno de la angustia sugieren una posible resignificación de la vida, en la que el individuo, habiendo conocido el abismo de la falta de elección, puede valorar más profundamente la libertad que la angustia le otorga.

Finalmente, presenté mi experiencia personal como diagnosticada con el SFM y como sujeto que se ha encontrado bajo el CMSP. En este caso, expuse un estudio de caso concreto que refleja todas las diferentes variables que enfrenta una persona con este síndrome, las cuales, afectan directamente la calidad de vida, la identidad personal que, en pocos casos, como el mío propio, pueden lograr un replanteamiento de la existencia, la misma que aborda el *bio-bucle* propuesto por Hacking. Partiendo de este, se propone que a partir del hecho de que el estado físico, el dolor severo en este caso, afecta el estado de ánimo de manera proporcional, es posible que, desde procesos mentales y psicofísicos, como el yoga, por ejemplo, se afecte desde la mente al cuerpo, haciéndolo entender que no todo estímulo percibido es nocivo, y que no debe crear alertas que se manifiestan en percepciones de dolor. Así, desde las prácticas de meditación, yoga, natación, alimentación no inflamatoria, evitando comportamientos que alteren el cortisol y, sobre todo, entrenando al cerebro para asumir que los estímulos diferentes y variados no siempre significan un daño o posible daño para el cuerpo. Es decir, no necesariamente debe entrar en alerta. Respirar y mantener la tranquilidad es indispensable para alcanzar esta meta, la cual es posible y realizable con esfuerzos prácticos continuos. Si bien, no es un proceso corto, son modificaciones totales del pensamiento, del comportamiento y de la existencia, al tiempo, que es un caso específico, el que la filosofía no se reduce a interpretaciones abstractas generales, sino que, puede ser aplicable a casos concretos y prácticos, para la cual, puede encontrarse como terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- Berger, Peter, y Thomas Luckman. *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). "Dolor de un Miembro Fantasma." *MedlinePlus en Español*. Última actualización 5 de febrero de 2022.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000050.htm>.
- Biblioteca Virtual en Salud. "Nocicepción." Última modificación en 2012.
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=54751&filter=ths_exact_term&q=Nocicepci%C3%B3n.
- Buckingham, G., and Goodale, M. A. "Size Matters: A Single Representation Underlies Our Perceptions of Heaviness in the Size-Weight Illusion." *PLOS ONE* 8, no. 1 (2013): e54709.
- Canguilhem, Georges. *Lo normal y lo patológico* (R. Potschart, Trad.). México: Siglo Veintiuno Editores. (Original publicado en 1966), 1971.
- Cantara, A. "Ian Hacking." *Enciclopedia Británica*, mayo 9, 2024.
<https://www.britannica.com/topic/Ian-Hacking>.
- Castillero Mimenza, Oscar. "Corteza asociativa (cerebro): Tipos, partes y funciones." *Psicología y Mente*, septiembre 28, 2017.
<https://psicologiymente.com/neurociencias/corteza-asociativa>.
- Castillero-Mimenza, Oscar. "Las 47 áreas de Brodmann, y las regiones del cerebro que contienen." *Psicología y Mente*, agosto 17, 2018.
<https://psicologiymente.com/neurociencias/areas-brodmann>.
- Cousiño, Carlos, Arturo Fontaine, y Lucas Sierra. "Peter L. Berger en el CEP." *Estudios Públicos* no. 71 (1998). <https://www.cepchile.cl/estudios-publicos>.
- Diccionario de términos médicos. Ver. 2012.
https://dtme.ranm.es/busador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS.
- Fajardo-Chica, D. "Cómo se siente el dolor no depende de la lesión corporal." *Diánoia* 66, no. 87 (noviembre de 2021-abril de 2022): 25-43.
<https://doi.org/10.22201/iifs.18704913e.2021.87.1842>.
- Fernández, Tomás, y Elena Tamaro. "Biografía de Louis Pasteur." En *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea*. Barcelona: Biografías y Vidas, 2004. Disponible en <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/p/pasteur.htm>.
- Fernández, Tomás, y Elena Tamaro. "Biografía de Maurice Merleau-Ponty." En *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea*. Barcelona, España, 2004. Disponible en https://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/merleau_ponty.htm.

- Fernández, Tomás, y Elena Tamaro. "Biografía de Sören Kierkegaard." En *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea*. Barcelona, España, 2004. Disponible en <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/k/kierkegaard.htm>.
- Figueras I Badia, Marta. "El papel del futuro en la constitución de nuestro ser (-ahí): La influencia de Aristóteles en el concepto heideggeriano de tiempo." *Revista Internacional de Filosofía*, suplemento 3 (2010): 257-264.
- Fitter, J. *I Curso Internacional del dolor en Reumatología. Reunión de expertos*. Salamanca, 2001.
- Friedson, Eliot. *La Profesión Médica: Antropología Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
- García, E. *Maurice Merleau-Ponty. Filosofía, corporalidad y percepción*. Buenos Aires: Rheis, 2012.
- Gómez-Argüelles, C., E. J. Maestú-Unturbe, y E. J. Gómez-Aguilera. "Neuroimagen en fibromialgia." *Evidenz* 67, no. 10 (2018). <https://doi.org/10.33588/rn.6710.2018050>.
- Gómez-Arias, R. D. "¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?" *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 36, Supl 1 (2018): 64-102.
- Gros, Alexis Emanuel. "La intersubjetividad como dato del mundo de la vida: Una reconstrucción sistemática de la crítica de Alfred Schutz a la 'Quinta meditación cartesiana' de Husserl." *Ideas y Valores* 67, no. 168 (2018): 289-317.
- Guerrero, Mauro N. *El concepto de Lebenswelt en Husserl: Un análisis de La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires, Argentina, 2019.
- Gutiérrez Lozano, Carlos. "La temporalidad como sentido ontológico del cuidado." *Reflexiones Marginales* 71, no. 16 (2013). <https://reflexionesmarginales.com/blog/2013/09/25/la-temporalidad-como-sentido-ontologico-del-cuidado/>.
- Hacking, Ian. *¿La Construcción Social de Qué?* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A, 2001.
- Hacking, Ian. *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1998.
- Haugeland, John. "Leyendo a Brandom leyendo a Heidegger." *Revista Europea de Filosofía* 13, no. 3 (2005): 421-428.
- Heidegger, Martin. *El ser y el tiempo*. Traducción de José Gaos. Barcelona: Editorial RBA Coleccionables, S.A., 2018.
- Hernández-Cortez, E. "Algolagnia: La paradoja del dolor." *Anestesia en México* 26, no. 1 (2014): 1-2.

- Herrero, M. T. Vicente, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre, y L. Capdevila García. "Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas y cuestionarios." *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 25, no. 4 (2018): 228-236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>.
- Homs Sanz de la Garza, Joaquim. *Psicópatas, sociópatas y antisociales: un estudio de las mentes criminales*. Barcelona: J. M. Bosch, 2020. ISBN: 9788412270013. <http://digital.casalini.it/9788412270013>.
- Ibarra, E. "Una Nueva Definición de 'Dolor': Un Imperativo de Nuestros Días." *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 13, no. 2 (2006): 65-72. http://scielo.iciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462006000200001&lng=es.
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI). "Derechos de autor." Consultado el 2 de agosto de 2024. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/crisis-de-dolor>.
- "Insensibilidad congénita al dolor." Genética Inicio Referencia. Noviembre de 2012. <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/congenital-insensitivity-to-pain>.
- Islas Pérez, L. Á., J. I. Martínez Reséndiz, A. Ruiz Hernández, J. C. Ruvalcaba Ledezma, A. Benítez Medina, M. G. Beltran Rodríguez, y J. Reynoso Vázquez. "Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención." *Journal of Negative and Positive Results* 5, no. 9 (2020): 1010-1022.
- Jaramillo, L. G., y J. C. Aguirre. "A View of the Ethical Lifeworld from Experience of Clinical Pain." *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica* 15, no. 1 (2012): 9-17.
- Jodelet, Denise. "La representación social: Fenómenos, concepto y teoría." En *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, editado por Serge Moscovici, 469-494. Barcelona: Paidós, 1986.
- Khoshnejad, M., Fortin, M. C., Rohani, F., Duncan, G. H., and Rainville, P. "Remembering the Dynamic Changes in Pain Intensity and Unpleasantness: A Psychophysical Study." *Pain* 155, no. 3 (2014): 581-590.
- Kierkegaard, S. *El concepto de la angustia*. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1965.
- Kierkegaard, S. *Estética y Ética*. Buenos Aires: Imprenta López Perú 666, 1955.
- Kumar, Vinay, R. S. Cotran, y Stanley L. Robbins. *Patología humana*. Elsevier Health Sciences, 2008.
- Lejarraga, Agustina. "La construcción social de la enfermedad." *Archivos Argentinos de Pediatría* 102, no. 4 (2004): 271-276. Consultado el 9 de agosto de 2024. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000400007&lng=es&tlng=es.

- Lips-Castro, Walter. "La conceptualización de la enfermedad y algunas de sus designaciones: El aporte de un estudio etimológico comparado." *Gaceta Médica de México* 153 (2017): 134-42.
- López Espino, Manuel, y José Carlos Mingote Adán. "Fibromialgia." *Clínica y Salud* 19, no. 3 (2008): 343-358. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300005&lng=es&tlng=es.
- Lozano, Vicente. "Heidegger y la cuestión del ser." *Espíritu* LIII (2004): 197-212.
- Luckmann, Thomas, Hubert Knoblauch, Jörg Raab, Bernt Schnettler, and Stephan S. Schreiber. *Conocimiento y Sociedad: Ensayos sobre Acción, Religión y Comunicación*. Madrid: Trotta, 2008.
- Mejía M., C. A., J. García V., C. A. Palacio A., O. A. Correa R., C. Gil Restrepo, y J. C. Arango V. "Aspectos neurobiológicos de la psicopatía." *Iatreia* 17, no. 4 (2004). ISSN 0121-0793.
- Mejía, Carlos, Jenny García, Carlos Palacio, Oscar Correa, Catalina Gil, y Viana Arango. "Aspectos neurobiológicos de la psicopatía." *Iatreia* 17, no. 4 (2004). Medellín, Colombia.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Fenomenología de la percepción*. Traducido por Jem Cabanes. Barcelona: Península, 1957.
- Molina, Esteban. "El cuerpo y la idea de sujeto encarnado en la Fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty." *Tábano*, no. 18 (2021): 55-72. <https://doi.org/10.46553/tab.18.2021.p55-72>.
- Narváez-Rojas, A., A. Pacheco-Hernández, y L. R. Moscote-Salazar. *El cerebro y sus conexiones*. Neuroanatomía, 2020.
- Ostachuk, Agustín. "La vida como actividad normativa y auto-realización: Debate en torno al concepto de normatividad biológica en Goldstein y Canguilhem." *ANÁLISE - História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 22, no. 4 (2015): 1055-1075. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015005000009>.
- Peña Arrebola, A. *Fibromialgia. Encuentros médicos - Escuela de la espalda*, 1995.
- Pérez Marca, G. "Subject and Pain: Introduction to a Philosophy of Medicine." *Medicine* 108, no. 5 (2010): 434-437.
- Pérez Porto, Julián, y María Merino. "Nosología - Qué es, disciplinas, definición y concepto." Última actualización: 30 de enero de 2023. <https://definicion.de/nosologia/>.
- Pérez Porto, Julián, y Ana Gardey. "Fisiología - Qué es, definición, clasificación y orígenes." Última actualización: 31 de mayo de 2022. <https://definicion.de/fisiologia/>.
- Pérez Porto, Julián, y María Merino. "Homeostasis - Qué es, definición y concepto." Última actualización: 17 de enero de 2022. <https://definicion.de/homeostasis/>.

Pérez Porto, Julián, y Ana Gardey. "Morfología - Qué es, definición, en la biología y en la gramática." Última actualización: 20 de octubre de 2021.

<https://definicion.de/morfologia/>.

Posada, Jorge G., Pedro F. Díaz, y Juan C. Aguirre. "La dependencia de la verdad a las pasiones." *Anagramas* 12, no. 23 (julio-diciembre de 2013): 159-174. Medellín, Colombia. ISSN 1692-2522.

Raja, N., B. Carr, M. Cohen, B. Finnerup, Herta Flor, S. Gibson, F. Keefe, A. Sluka, S. Mogil, A. Ringkamp, S. Stevens, M. Sullivan, C. Tutelman, K. Ushida, y A. Vader. "Definición revisada del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: conceptos, desafíos y compromisos." *Pain* 161, no. 9 (septiembre de 2020): 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

Rizo, Mario. "De lo Interpersonal a lo Intersubjetivo: Algunas Claves Teóricas y Conceptuales para Definir la Comunicación Intersubjetiva." *Quórum Académico* 11, no. 2 (2014).

Rojas-Cuautle, Anakaren Monserrat. "Constitución epistemológica del cogito cartesiano." *Andamios* 8, no. 16 (mayo-agosto 2011): 241-260.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632011000200014&lng=es&tlng=es.

Rueda Beltrán, Juan David. "El concepto heideggeriano de mundo: Ser-en el-mundo." *Versiones 2ª época*, no. 14 (julio-diciembre de 2018): 51-81.

Ruiz Mitjana, Laura. "Edmund Husserl: Biografía de este filósofo de la fenomenología." *Psicología y Mente*, octubre 10, 2019.

<https://psicologiymente.com/biografias/edmund-husserl>.

Salín Pascual, R. J. "La desapropiación corporal: La autopercepción en personas con lesiones permanentes, violencia sexual o tortura crónica." *Revista Mexicana de Neurociencia* 19, no. 5 (2018): 37-46.

Salmerón, F. "Martin Heidegger/José Ortega y Gasset." *Casa del Tiempo* 1, no. 7 (2008): 70-76.

Schütz, Alfred. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

Schütz, Alfred. *The Structures of the Life-World II*. Bloomington: Northwestern University Press, 1989.

Schutz, Alfred, and Aron Gurwitsch. *Briefwechsel 1939-1959*. München: Wilhelm Fink, 1985.

Schütz, Alfred, y Aron Gurwitsch. *Briefwechsel (1939-1959)*. München: Wilhelm Fink, 1985.

Schütz, Alfred, y Thomas Luckmann. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.

- Schütz, Alfred. *Estudios Sobre Teoría Social*. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- Schutz, Alfred. *Collected Papers I: The Problem of Social Reality*. La Haya: Martinus Nijhoff, 1962.
- Schütz, Alfred. *La Construcción Significativa del Mundo Social: Introducción a la Sociología Comprensiva*. 1ª reimpresión en España, 1993. Barcelona: Ediciones Paidós, 1932.
- SER y GEFISER. *Aprendiendo a convivir con la Fibromialgia*. Editado por la Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología. Sociedad Española de Reumatología, 2020. file:///C:/Users/Victor/Desktop/Nueva%20carpeta/Informacion-pacientes_FM_WEB.pdf.
- Ulises, TN. "Fenomenología del Mundo Social." *Cinta de Moebio* 18 (2003): 0. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/101/10101804.pdf>.
- Vallega-Neu, Daniela. *Contribuciones de Heidegger a la Filosofía: Una Introducción*. Bloomington: Indiana University Press, 2003.
- Vicente Herrero, M. T., S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre, y L. Capdevila García. "Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas y cuestionarios." *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 25, no. 4 (2018).
- Walfe, F., A. T., y D. Bruusgaard. "Síndrome Fibromiálgico." En *Compendio de las Enfermedades Reumáticas*, 82-84. Salvat, 1994.
- Zegarra, Jaime. "Bases fisiopatológicas del dolor." *Acta Médica Peruana* 24, no. 2 (2007). <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n2/a07v24n2>.