



Enfermos vocacionales: un análisis iatrofilosófico de la discordia clínica en los trastornos funcionales

Vocational patients: an iatrophilosophical analysis of clinical discord in functional disorders

Martín L. Vargas-Aragón

Unidad del Dolor, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid;
Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid;
Programa de Doctorado en Filosofía, Facultad de Filosofía, UNED. España

Resumen

El modelo de concordia terapéutica es una forma de racionalidad en medicina basada en la relación clínica. En este artículo se propone la existencia de situaciones de discordia clínica, representadas paradigmáticamente por los trastornos facticios, los cuales requieren un análisis reflexivo. Se utiliza la metodología del análisis iatrofilosófico, consistente en la integración semántica, gnoseológica, praxeológica, axiológica y ética de los problemas médicos. Se describe un breve análisis iatrofilosófico de tres tipos de discordia clínica: por injusticia epistémica del médico, por confusión del síntoma clínico con el padecimiento y por vocación de enfermo. Se propone que el tercer tipo es debido a la quiebra del estado de bienestar y a la irrupción de las nuevas formas de comunicación social.

Palabras clave: Filosofía de la medicina. Iatrofilosofía. Trastornos facticios. Relación clínica. Modelos de salud.

Abstract

The therapeutic concord model is a form of rationality in medicine based on the clinical relationship. This article proposes the existence of situations of clinical discord, paradigmatically represented by factitious disorders, which require a reflective analysis. The methodology of iatrophilosophical analysis is used, consisting of the semantic, epistemological, praxeological, axiological and ethical integration of medical problems. A brief iatrophilosophical analysis of three types of clinical discord is described: due to epistemic injustice of the doctor, due to confusion of the clinical symptom with the illness and due to the vocation of being sick. It is proposed that the third type is due to the bankruptcy of the welfare state and the emergence of new forms of social communication.

Keywords: *Philosophy of medicine. Iatrophilosophy. Factitious disorders. Clinical relationship. Health models.*

Correspondencia:

Martín L. Vargas-Aragón
E-mail: martinlorenzo.vargas@uva.es

Fecha de recepción: 27-11-2024
Fecha de aceptación: 04-12-2024
DOI: 10.24875/KRANION.M24000086

Disponible en internet: 06-02-2025
Kranion. 2024;19:163-69
www.kranion.es

INTRODUCCIÓN: CONCORDIA Y DISCORDIA CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS FUNCIONALES

La «relación médico-paciente», «relación médico-enfermo» o «relación clínica»¹ es el eje en torno al cual se articula la medicina clínica, entendida esta como la práctica profesional del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de acuerdo con el mejor conocimiento científico, el buen hacer técnico y la cuidadosa atención a la persona enferma. Pedro Lain Entralgo^{2,3} ha analizado en profundidad los atributos del rol de médico y de paciente en esta relación, entre los que destacan la obligación de beneficencia en el médico y la de colaboración para su curación por parte del enfermo.

Algunos modelos teóricos consideran que la relación clínica es el eje mismo de la racionalidad médica. Tal es el caso del modelo de concordia terapéutica, definido como «la metarracionalidad que emerge durante el encuentro clínico, o relación médico-paciente»⁴. La concordia terapéutica se basa en el proceso dialógico establecido entre el/la médico y el/la paciente, quienes aúnan valores, voluntades y narrativas para lograr un objetivo de salud. La concordia terapéutica presupone que el médico guía su comportamiento profesional por el principio bioético de beneficencia y que el paciente alinea su autonomía con las recomendaciones científico-técnicas del primero.

El modelo de concordia terapéutica pretende ser útil principalmente en los «problemas complejos de salud», que definimos como aquellas situaciones que se dan típicamente en enfermedades crónicas de etiología multicausal expresadas principalmente mediante síntomas, alteraciones subjetivas de la calidad de vida y limitaciones funcionales, en las que a pesar de que no existe una amenaza directa para la supervivencia, la toma de decisiones clínicas es de alta complejidad. En estas situaciones los límites entre el diagnóstico, el tratamiento, la autonomía, la responsabilidad, la bioética, el sistema de protección social, la prevención y la iatrogenia son extraordinariamente laxos. Los problemas complejos de salud son habituales en la clínica de los trastornos mentales y en medicina del dolor, y son la norma en el borroso conjunto de los trastornos funcionales. Este subgrupo clínico comprendería, al menos, los trastornos disociativos, los trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal, la hipocondriasis, los trastornos facticios y la simulación de enfermedad.

Si en la medicina clínica guiada por la concordia terapéutica el médico y el paciente aúnan valores, voluntades y narrativas con un mismo objetivo curativo, no es esto lo habitual en los trastornos funcionales. En ellos la relación está en riesgo de discordia clínica, en la que existen creencias marcadamente diferentes entre el médico y el paciente respecto a su problema de salud o a la manera de abordarlo y/o por discrepancias en los presupuestos en que se basa su relación clínica.

Se da discordia clínica cuando el médico y el paciente no comparten valores, voluntades y/o narrativas respecto al problema de salud en cuestión.

Los trastornos funcionales representan uno de los capítulos más complejos de la neuropsiquiatría del dolor y, en mayor o en menor medida, también de la medicina clínica en su conjunto. Este artículo pretende un análisis preliminar de la discordia clínica en los trastornos funcionales con el objetivo de aportar conceptos y argumentos con base en los cuales modelizar el problema. De manera más general se pretende contribuir a que la racionalidad médica disminuya las consecuencias indeseables de la discordia clínica en los pacientes, los profesionales sanitarios y los sistemas de salud.

MÉTODO: EL ANÁLISIS IATROFILOSÓFICO

La filosofía de la medicina se consolidó de la mano de la bioética en los años 70 del siglo pasado y actualmente es un capítulo ineludible del acervo teórico del conjunto de las ciencias de la salud^{5,6}. La relación clínica es una de sus principales cuestiones de estudio. En el marco más amplio de la filosofía de la ciencia, Mario Bunge propuso en 1980 el término «iatrofilosofía» para referirse al estudio de los problemas epistemológicos propios de la medicina⁷. Posteriormente se ha ampliado el uso del término para incluir en su significado también problemas de filosofía práctica⁸, diferenciando así una iatrofilosofía teórica y otra práctica.

Proponemos el método de análisis iatrofilosófico^{7,8} como el consistente en la clarificación semántica, gnoseológica, praxeológica, axiológica y ética de los problemas médicos, analizándolos desde cada una de estas cinco dimensiones filosóficas. La semántica se ocupa de los objetos teóricos a los que se refieren las teorías; en el caso de la medicina hay dos objetos principales: las enfermedades y la salud. La gnoseología médica trata sobre la manera de conocer las enfermedades (definición y clasificación nosológica) y sobre la evaluación de la salud, mientras que la praxeología médica trata sobre la racionalidad subyacente a la actuación diagnóstica o terapéutica (medicina basada en la evidencia). Por su parte, la axiología médica se ocupa de los valores que guían la teoría y la práctica médica, mientras que la ética médica se ocupa de la toma de decisiones basada en el ordenamiento y priorización de tales valores.

Los objetos en ciencia no son evidentes a la percepción sensorial, como es el caso de los objetos de la ontología natural, cosas tales como una manzana o una piedra. Por el contrario, los objetos en ciencia, de tipo como la masa, la energía, la homeostasis, la enfermedad o la eficacia terapéutica requieren de una adecuada interpretación teórica para su definición, detección, medición y uso. Los objetos científicos son constructos que dan lugar a variables ocultas y que solo los científicos

TABLA 1. Quince ámbitos iatrofilosóficos de problemas complejos de salud

	Patología	Padecimiento	Enfermo
	1	2	3
Semántica	<ul style="list-style-type: none"> – Enfermedad como proceso biológico – Enfermedad como vulnerabilidad constituyente del ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> – Salud como bienestar – Salud como «trasparencia del cuerpo» – Salud como actitud emancipatoria 	<ul style="list-style-type: none"> – Enfermo como rol social – Paciente como uno de los dos polos de la relación clínica
	4	5	6
Gnoseología	<ul style="list-style-type: none"> – Modelos biológicos etiopatogénicos y fisiopatológicos – Diagnóstico clínico 	<ul style="list-style-type: none"> – Experiencias subjetivas y su expresión verbal y conductual – Fenomenología hermenéutica 	<ul style="list-style-type: none"> – Identidad y rol de enfermo en un sistema sociocultural – Sociología y antropología de la salud y de la enfermedad
	7	8	9
Praxeología	<ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento físico – Tratamiento farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> – Relación clínica interpersonal (<i>philia medica</i>) – Medicina narrativa – Psicoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema de salud – Sistema de protección social – Ayudas sociales
	10	11	12
Axiología	<ul style="list-style-type: none"> – Los modelos patológicos son axiológicamente neutros – La consideración de un proceso biológico como patológico no es un hecho natural, sino una valoración cultural basada en el principio de justicia 	Praxis clínica guiada por: <ul style="list-style-type: none"> – Principio de no maleficencia – Principio de autonomía – Principio de beneficencia 	<ul style="list-style-type: none"> – Contrato social guiado por el principio de justicia
	13	14	15
Ética	<ul style="list-style-type: none"> – Consenso institucional sobre la definición y clasificación de las enfermedades – <i>Lex artis</i> médica 	<ul style="list-style-type: none"> – Deliberación bioética para la toma de decisiones clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> – Usos morales en la atención a personas enfermas – Legislación en materia bioética

versados en una determinada disciplina pueden utilizar apropiadamente. Los objetos científicos son reales exclusivamente en el marco de una determinada teoría, en un entramado hermenéutico en el que unos elementos ontosemánticos condicionan el significado de los otros^{9,10}. En último término, un constructo científico es una forma lógica expresada matemáticamente (una categoría, una función, una relación, etc.) e interpretada de acuerdo con la semántica de una teoría concreta. Por ello el análisis iatrofilosófico comienza con la semántica de sus constructos.

La enfermedad es el constructo nuclear de la medicina. En los problemas complejos de salud, ninguna de las tres mentalidades médicas clásicas (anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica) resulta satisfactoria para caracterizar semánticamente las enfermedades implicadas. Para ello se requiere de un marco teórico más amplio, como el propiciado por el modelo biopsicosocial de salud¹¹, mentalidad que hace uso de la tríada *disease*, *illness*, *sickness*¹², traducida al español como «tríada médica» (patología, padecimiento, enfermo)⁸. Según esta, el constructo «enfermedad» tendría una triple dimensión: 1) la dimensión biológica de la enfermedad en un organismo; 2) la dimensión psicológica del padecimiento subjetivo en un contexto biográ-

fico e intersubjetivo, y 3) la dimensión social del desempeño del rol de enfermo en un determinado marco sociocultural. En la tríada médica entran en juego los hechos y mecanismos que permiten explicar la patología, pero también los significados y valores que posibilitan la comprensión del padecimiento, así como las actitudes, hábitos y comportamientos que conducen a la interpretación de la conducta del enfermo en relación con su enfermedad.

En la tabla 1 se exponen 15 ámbitos iatrofilosóficos resultantes de desplegar las cinco dimensiones filosóficas en cada una de las tres perspectivas de la tríada médica.

ANÁLISIS DE LA DISCORDIA CLÍNICA: ENFERMOS VOCACIONALES

Siguiendo algunos de los ámbitos expuestos en la tabla 1, caracterizamos a continuación tres tipos de discordia clínica. Los dos primeros se focalizan en el médico, mientras que el tercero lo hace en el paciente y el entorno sociocultural. Este último da título al artículo por considerarlo el más relevante en el contexto sanitario actual. Se señalarán los ámbitos iatrofilosóficos más pertinentes en algunos de los argumentos utilizados.

Discordia clínica por injusticia epistémica del médico

Este tipo de discordia clínica se da, por ejemplo, cuando un médico responde a una paciente que cree tener síntomas de fibromialgia: «yo no creo en la fibromialgia, y como aquí el médico soy yo, usted no tiene fibromialgia». En este caso se produce una situación de injusticia epistémica¹³ caracterizada por la negación de la capacidad de conocimiento u opinión del paciente respecto a su enfermedad que el médico hace amparado en su posición de superioridad científica.

Para evitar este tipo de discordia, el médico debe intentar explicar al paciente la complejidad de la tríada médica en los trastornos funcionales, a la vez que mantenerse actualizado al respecto, pues si bien no están tan consolidados como en otras enfermedades, existen actualmente modelos sólidos que permiten explicar la patología de los principales trastornos funcionales (ámbito 1).

Los trastornos disociativos, que incluyen los clásicos conceptos de histeria y de trastorno conversivo, son quizás los trastornos funcionales históricamente más representativos. En la actualidad los trastornos disociativos con síntomas neurológicos (trastornos neurológicos funcionales) se diferencian claramente de la simulación y pueden explicarse como alteraciones en el sistema cerebral multicapa que establece inferencias activas de acuerdo con experiencias perceptivas previas¹⁴. Bajo el nombre de *medically unexplained symptoms* (MUS, síntomas inexplicables médicamente)^{15,16} se agrupa un conjunto de problemas de salud que incluyen, entre otros, la fibromialgia, la encefalomiелitis miálgica o el síndrome de sensibilidad química múltiple. En todos ellos existe un repliegue de la atención sobre las señales corporales, que son experimentadas de manera intensa y angustiante. Se ha propuesto la sensibilización central como mecanismo fisiopatológico común¹⁷ para este conjunto de problemas clínicos que, si bien tienen especificidades, atendiendo a lo controvertido del término MUS¹⁸ es preferible agrupar como «trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal». La hipocondriasis se agrupa actualmente en el capítulo de los trastornos obsesivos. En ella existe una preocupación o miedo persistentes por la posibilidad de tener una o más enfermedades graves, progresivas o potencialmente mortales. Si bien el estudio de su patología es aún incipiente, hay indicios sólidos de que existen, de manera similar a otros trastornos funcionales, alteraciones en el procesamiento prospectivo de la información interoceptiva¹⁹.

La discordia clínica por injusticia epistémica del médico suele acompañarse de valoraciones moralizantes de determinadas patologías o tratamientos, lo cual agrava el problema. Las enfermedades y los tratamientos no son de suyo ni buenos ni malos, son meros procesos biológicos, como, por ejemplo, la inflamación, a veces interpretada como fisiológica y otras como patológica (ámbito 10). El estigma que acompaña a enfermedades como la fatiga

crónica y los trastornos mentales deriva de tal moralización de la enfermedad. De manera similar, determinados tratamientos como los antidepresivos o los medicamentos opioides son valorativamente neutros. Sencillamente, están correcta o incorrectamente indicados, prudente o imprudentemente prescritos.

Discordia clínica por confusión del síntoma clínico y el padecimiento

El síntoma clínico es un indicador subjetivo de patología que está integrado en un modelo médico de la enfermedad (p. ej., la cefalea es un síntoma de meningitis bacteriana). El síntoma clínico tiene un valor gnoseológico similar al de los signos físicos o al de los marcadores biológicos en el proceso diagnóstico. Tiene significado exclusivamente para el médico, que lo interpreta de acuerdo con el modelo patológico correspondiente (ámbito 4). Para el paciente, el síntoma clínico no tiene más significado que el de la posibilidad de estar sufriendo una enfermedad, motivo por el cual solicita ayuda médica.

No obstante, el síntoma clínico rápidamente se revisita en la subjetividad del paciente de una red de significados biográficos y socioculturales, originando en torno suyo un complejo patoplástico de comportamientos de enfermedad expresados en forma de queja, disfunción o requerimiento de cuidados. Llamamos padecimiento a este complejo semántico que se construye en torno al síntoma y mediante el cual el síntoma adquiere características sónicas personales para el paciente y para su entorno social (ámbito 5).

La diferenciación entre síntoma clínico y padecimiento es fundamental para el correcto manejo de los trastornos facticios y de la simulación. El trastorno facticio es un problema clínico bien conocido^{20,21} desde que Asher describiera en 1953 el síndrome de Münchhausen, el cual se considera ahora como una de sus manifestaciones extremas. Para su explicación se han propuesto mecanismos cercanos a las adicciones conductuales, así como el aprendizaje de patrones comportamentales que promueven la protección social. Por su parte, la simulación es un problema con implicaciones medicolegales más que clínicas y debe abordarse como cualquier otro intento de fraude o de estafa. En ambos casos el paciente finge, falsifica, induce o agrava intencionalmente los signos y síntomas médicos, psicológicos o de comportamiento, o produce lesiones en uno mismo o en otra persona, más comúnmente un niño dependiente. Ambos trastornos implican un engaño sanitario, si bien se diferencian en la intención supuesta de tales comportamientos. En los trastornos facticios la intención es la de recibir cuidados médicos para satisfacer una dependencia emocional, mientras que en la simulación de enfermedad la intención es obtener un beneficio o evitar un perjuicio administrativo, legal o económico. En ambos casos el paciente expresa padecimientos con la intención de que sean interpretados como síntomas clínicos por el médico y es

frecuente que cuando un padecimiento ha dejado de cumplir esta función, el paciente comience a ofrecer quejas de otro tipo.

Este tipo de discordia clínica podría prevenirse si deja de confundirse el todo, que es la medicina, con una de sus partes, que es la biomedicina. El reduccionismo biomédico está en la base de este tipo de discordia clínica.

Discordia clínica por vocación de enfermo

La medicina occidental, al igual que toda la cultura occidental, tiene sus orígenes en Grecia. La función de la medicina hipocrática era posibilitar la *isegoría* (la participación ciudadana plena) a las personas aquejadas de enfermedades, lo cual implícitamente apela al principio bioético de justicia en la intención de restaurar mediante el cuidado médico lo que la enfermedad, entendida como desfavorecedora, ha robado al ciudadano (ámbito 12). Solo en este marco tiene sentido la asimétrica relación clínica en la que un ciudadano (el médico) se coloca en cierta posición de superioridad respecto a otro (el paciente) con el beneplácito de la sociedad, que asigna al enfermo ciertos privilegios. En último término, la relación de *philia* médica está fiscalizada por la sociedad, y ni el médico (paternalismo) ni el paciente (simulación) pueden abusar de ella.

La protección de la salud ha sido una función principal de todos los sistemas de organización política, desde tiempos de Hipócrates hasta nuestros días. No obstante, desde entonces ha cambiado, y mucho, la concepción de la salud. Es bien conocida la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En ella, salud se identifica con bienestar, quedando así el concepto de salud vinculado al destino político del Estado del bienestar. Esto último podría resultar incómodo para quienes, como Friedrich Hayek en su clásico libro de 1944 *Camino de servidumbre*²², critican la dependencia del individuo respecto del Estado. Por su parte, los defensores del Estado de bienestar podrían argumentar en contra de Hayek que los sistemas públicos de salud han propiciado una mejora global de la salud de la población protegida por el Estado al existir una relación directa entre el buen funcionamiento del Estado de bienestar y los resultados en la salud de la población^{23,24}.

Ahora bien, y al margen de modelos políticos, cabe preguntarse ¿de qué manera afecta a la relación clínica el debilitamiento del Estado de bienestar, como es el caso en España y en otros países del primer mundo tras la crisis económica de 2008?

La tesis que defiende este estudio es que el debilitamiento del Estado del bienestar conduce a una hipertrofia de la relación clínica, de manera que el rol de ser paciente en relación con un médico y con un sistema sanitario se convierte en uno de los elementos principa-

les de la vivencia de la subjetividad del enfermo, hasta el punto de que algunos enfermos inician un «camino de padecimiento» en el que existe el riesgo de que la enfermedad adquiera una función de vinculación comunitaria en respuesta al debilitamiento del Estado de bienestar. Si la dependencia ciudadana del Estado se acompaña de salud en épocas de bienestar, igualmente se acompañaría de enfermedad en el polo cíclico del malestar. Si el Estado de bienestar hace un llamamiento a la salud, su quiebra generaría «enfermos vocacionales» donde la hipertrofia de la dependencia del sistema de salud como último reducto del Estado de bienestar (ámbito 8) amenazaría el principio de justicia en el que se sustenta el contrato social de la medicina como institución social (ámbito 12).

La vocación de enfermo va más allá del mero uso de servicios médicos. Tomando el elemento relacional del rol de enfermo como elemento clave en la construcción de un sentido de identidad, pueden comprenderse nuevos usos que el rol de enfermo está teniendo en las formas actuales de interacción social mediadas por las nuevas tecnologías. Las redes sociales ampliarían el efecto de dependencia social propiciado por el declive del Estado de bienestar. Pensemos en las múltiples cuentas en redes sociales en las que personas dan cuenta del día a día de su enfermedad o en algunos casos de conductas anormales de enfermedad asociadas a redes sociales, como es el caso de la anorexia²⁵, la autolesión mediante cortes²⁶ o comportamientos de tic²⁷.

Los enfermos vocacionales serían personas que realmente tienen y sufren una enfermedad, con frecuencia alguna de las incluidas en el grupo de los trastornos funcionales acompañados de cierto grado de estigma e injusticia epistémica. En este sentido no se trata de fingidores. Lo que sucede es que, aunque los nuevos roles de enfermo fomentan el empoderamiento y la autonomía de las personas a la vez que previenen desusadas formas de paternalismo médico, no puede obviarse la gran capacidad que las redes sociales tienen para reforzar una identidad en la que el rol de enfermo puede ir eclipsando el resto de roles de la persona para constituirse en el elemento nuclear de su identidad.

El diccionario de la Real Academia Española define la palabra «vocación», en su tercera acepción, como «la inclinación a un estado, una profesión o una carrera». Sin duda la vocación médica es una de sus formas más características. Ayala y Huamaní²⁸ definen la vocación médica como «el llamado interno y la inclinación hacia la práctica de la medicina, basado en el deseo de servir y cuidar a los demás y en un compromiso profundo con la integridad, la compasión y la excelencia profesional». En los hospitales y centros de salud es fácil encontrar profesionales médicos, enfermeros y sanitarios de todo tipo que hacen de su labor profesional la clave principal de su existencia. Años de estudio y dedicación entregada al cuidado de la salud de los demás abalan su calificación de sanitarios vocacionales.

TABLA 2. Criterios de enfermo/a vocacional

1. La persona padece una enfermedad diagnosticada
2. Utiliza habitualmente términos técnicos en la expresión de quejas asociadas a su enfermedad
3. Dedicar gran parte de su tiempo al cuidado de y/o a la preocupación por su salud
4. Mantiene una actitud de autonomía y/o de cierto desapego en su relación con los profesionales de la salud
5. Su condición de persona enferma es el elemento que mejor la identifica socialmente, ya sea en las relaciones sociales convencionales o en las redes sociales

Ahora bien, si aceptamos que existe una vocación médica en virtud de la cual muchos profesionales articulan la clave de sentido de su vida en torno a los valores de la compasión y del cuidado médico, ¿por qué no habría de existir también una vocación de enfermo/a sustentada igualmente en los valores de la compasión y del cuidado? De existir, tales enfermos vocacionales dedicarían gran parte de su tiempo e intereses al cuidado de su salud y a la atención de su enfermedad, se relacionarían prioritariamente con entornos sanitarios, e incluso podrían llegar a acreditarse sagas familiares de enfermos vocacionales. La vocación focalizada en la relación clínica de compasión y de cuidado podría ser la clave de sentido para la identidad, tanto de profesionales como de pacientes.

En la tabla 2 se proponen cinco criterios tentativos cuyo cumplimiento permitiría considerar a una persona como enfermo/a vocacional.

Ser un enfermo vocacional puede dificultar la relación clínica, habida cuenta de que los éxitos terapéuticos podrían suponer una amenaza para la identidad personal del enfermo. Esta amenaza permite comprender el cierto desapego del paciente hacia potenciales curadores que subyace en algunos casos de discordia clínica de este tipo. El enfermo vocacional no finge sus síntomas, lo cual le diferencia claramente de la simulación. Por otra parte, se diferenciaría del trastorno facticio en que el enfermo vocacional tiene un vínculo convencional con el sistema asistencial, no así el facticio, que está mediado por el fingimiento. Es al rol social de enfermo a lo que se hipervincula el enfermo vocacional (ámbito 3). Además, el enfermo vocacional no exagera sus síntomas, sino que meramente hace uso de ellos como elementos relacionales hasta el punto de que la consolidación que los síntomas tienen como comportamiento de rol podría propiciar una tendencia hacia el efecto nocebo. El enfermo vocacional se diferenciaría del hipocondríaco y del paciente con trastorno por estrés corporal en la expresión emocional atemperada con la que los primeros expresan sus quejas, frente a la ansiedad y el dramatismo que acompañan a las quejas de los segundos. El enfermo vocacional tendría en común con los enfermos disociativos cierta actitud de indiferencia respecto a los síntomas, si bien

en el primero se trataría de los síntomas propios de su enfermedad, mientras que en los trastornos disociativos el síntoma se convierte en la propia enfermedad.

Por último, cabe diferenciar al enfermo vocacional respecto al enfermo pluripatológico, que tiene múltiples interacciones con el sistema de salud. En este caso, aunque las consultas médicas forman parte de su rutina habitual, el rol de enfermo no eclipsa el resto de sus roles sociales ni anida en el núcleo de su identidad.

Queda para otro estudio la propuesta de soluciones para el problema de la discordia clínica con el enfermo vocacional, si bien se intuye que tales propuestas habrían de pasar por nuevos modelos de protección social y por nuevos modelos de salud. El lector interesado puede contrastar algunas ideas respecto a lo primero en el reciente libro de Jordi Arcarons et al.²⁹, en el cual se exponen modelos de protección social alternativos a los que actualmente refuerzan indirectamente el rol de dependencia social, ya sea por motivos de salud o de otro tipo. Respecto a nuevos modelos de salud, la salud entendida como virtud³⁰ o como superación nietzscheana de la vulnerabilidad³¹ están llamando a la puerta.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no comunica conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales

El autor declara que para este trabajo no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

El autor declara que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

El autor declara que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial generativa

El autor declara que no ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni en la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Caro J. Configuración actual de la relación clínica. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*. 2004;2(3):433-62.
2. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente; 1964.
3. Lain Entralgo P. *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat; 1985.
4. Vargas-Aragón ML. La concordia terapéutica como meta-racionalidad en medicina. *Revista de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España*. 2023;número esp:20-3.
5. Saborido C. *Filosofía de la Medicina*. Madrid: Tecnos; 2020.
6. Reiss J, Ankeny RA. Philosophy of Medicine [Internet]. The Stanford Encyclopedia of Philosophy; 6 jun 2016. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/medicine/>
7. Bunge M. *Epistemología*. Curso de actualización. Barcelona: Ariel; 1980.
8. Vargas-Aragón ML. La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresión. *Estudios de filosofía*. 2024;70:201-24.
9. Moulines CU. Ontosemántica de las teorías. Partiendo de Frege, hacia una ontología de la ciencia. *Teorema*. 1980;XI:25-42.
10. Vargas-Aragón ML. Ontosemántica de la vulnerabilidad existencial: tres postulados iatrofilosóficos. *Stoa*. 2024;15(29):21-43.
11. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (1979). 1977;196(4286):129-36.
12. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002;27(6):651-73.
13. Roderio B, Luciano JV, Montero-Marín J, Casanueva B, Palacin JC, Gili M, et al. Perceived injustice in fibromyalgia: Psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophizing and pain acceptance. *J Psychosom Res*. 2012;73(2):86-91.
14. Edwards MJ, Yogarajah M, Stone J. Why functional neurological disorder is not feigning or malingering. *Nat Rev Neurol*. 2023;19(4):246-56.
15. Eriksen TE, Kirkengen AL, Vetlesen AJ. The medically unexplained revisited. *Med Health Care Philos*. 2013;16(3):587-600.
16. den Boer C, Dries L, Terluin B, van der Wouden JC, Blankenstein AH, van Wilgen CP, et al. Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. *J Psychosom Res*. 2018;117(December 2018):32-40.
17. Bourke JH, Langford RM, White PD. The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *J Psychosom Res*. 2015;78(3):228-36.
18. Marks EM, Hunter MS. Medically unexplained symptoms: An acceptable term? *Br J Pain*. 2015;9(2):109-14.
19. Guthrie AJ, Paredes-Echeverri S, Bleier C, Adams C, Millstein DJ, Ranford J, et al. Mechanistic studies in pathological health anxiety: A systematic review and emerging conceptual framework. *J Affect Disord*. 2024;358:222-49.
20. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383(9926):1422-32.
21. Bass C, Wade DT. Malingering and factitious disorder. *Pract Neurol*. 2019;19(2):96-105.
22. Friedrich A. Hayek. *Camino de servidumbre*. Alianza Editorial; 2011.
23. Benavides FG, Delclós J, Serra C. Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gac Sanit*. 2018;32(2):193-7.
24. Benavides FG, Delclós J, Serra C. Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral. *Gac Sanit*. 2018;32(4):377-80.
25. Lozano N, Borralló A, Guerra MD. Influencia de las redes sociales sobre la anorexia y la bulimia en las adolescentes: una revisión sistemática. *Anales Sis San Navarra*. 2022;45(2):1-10.
26. Copeland M, Siennickb SE, Feinbergc ME, Moody J, Ragan DT. Social ties cut both ways: self-harm and adolescent peer networks. *J Youth Adolesc*. 48(8):1506-18.
27. Giedinghagen A. The tic in TikTok and (where) all systems go: Mass social media induced illness and Munchausen's by internet as explanatory models for social media associated abnormal illness behavior. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2023;28(1):270-8.
28. Ayala García RJ, Huamaní Huamán LG. Vocación médica, más allá del deber de cuidar: revisión de la literatura desde el aspecto ético y filosófico. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2023;23(3):156-61.
29. Arcarons Bullich, Bolland Urbietta J, Raventós D, Torrens Mèlich L. En defensa de la renta básica: por qué es justa y cómo se financia. *Deusto*; 2003.
30. Nussbaum MC. *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenística*. Barcelona: Paidós; 2021.
31. Conill J. *Nietzsche frente a Habermas. Genealogías de la razón*. Madrid: Tecnos; 2021.