

Morir sano: la salud como actitud

To die in health: on health as an attitude

Martín L. Vargas-Aragón 

Unidad del Dolor, Hospital Universitario Río Hortega, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid; Escuela de Doctorado, Facultad de Filosofía, Universidad Nacional de Educación a Distancia. España

Resumen

El debilitamiento del estado del bienestar conduce a una hipertrofia de la relación clínica concretada en la figura del enfermo vocacional. El objetivo de este artículo es caracterizar una alternativa a este problema: la medicina recuperativa. Esta se basa en una actitud médica emancipatoria de la inevitable vulnerabilidad corporal. En el artículo se desarrollan cuatro conceptos en torno a los cuales se articula la medicina recuperativa: 1) los iatremas como núcleo ontológico de la medicina integrador de la patología, el padecimiento y la enfermedad de acuerdo con un criterio ético; 2) la salud como actitud de cuidado; 3) las cuatro actitudes médicas: preventiva, curativa, paliativa y recuperativa; y 4) el agente de salud como persona apropiada de su vulnerabilidad.

Palabras clave: Filosofía de la medicina. Medicina recuperativa. Modelos de salud. Renta básica.

Abstract

The weakening of the welfare state leads to a hypertrophy of the clinical relationship embodied in the figure of the vocational patient. The objective of this article is to characterize an alternative to this problem: recuperative medicine. This is based on a medical attitude that emancipates from inevitable bodily vulnerability. The article develops four concepts around which recuperative medicine is articulated: 1) iatremes as the ontological core of medicine that integrates disease, illness, and sickness according to ethical criteria; 2) health as an attitude caring; 3) the four medical attitudes: preventive, curative, palliative, and recuperative; and 4) the health agent as a person which appropriate its vulnerability.

Keywords: Philosophy of medicine. Recuperative medicine. Health models. Basic income.

Correspondencia:

Martín L. Vargas-Aragón
E-mail: martinlorenzo.vargas@uva.es/
mvargas105@alumno.uned.es
1577-8843 / © 2025. Kranion. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 30-04-2025
Fecha de aceptación: 07-05-2025
DOI: 10.24875/KRANION.M25000101

Disponible en internet: 18-07-2025
Kranion. 2025;20(2):96-102
www.kranion.es

Introducción

En un artículo previo se analizó la discordia clínica, cuando el/la médico/a y el/la paciente «no comparten valores, voluntades o narrativas respecto al problema de salud en cuestión»¹. Allí se propuso la tesis de que el debilitamiento del estado del bienestar conduce a una hipertrofia de la relación clínica en la que la enfermedad adquiere una función de vinculación comunitaria. Esta *vocación de enfermo* amenaza el principio de justicia en el que se sustenta el contrato social de la medicina como institución social.

El objetivo de este segundo artículo es proponer una posible solución al problema de los enfermos vocacionales. Orientados por la superación nietzscheana de la vulnerabilidad que el filósofo Jesús Conill llama «transfiguración de la existencia», se presenta en este ensayo una nueva perspectiva de la salud que pone el foco en el principio bioético de autonomía y que se orienta hacia la recuperación del sentido de la propia existencia: «Porque la transfiguración de la existencia no se lleva a cabo mediante un proceso de mera adaptación para conservar la vida, sino en virtud de la capacidad vital de creación por parte de quienes sean capaces de convertirse en señores de la tierra»².

Hemos llamado *medicina recuperativa* a la actitud médica que entiende la salud como emancipación existencial de la inevitable vulnerabilidad corporal. Se proponen a continuación los cuatro ejes conceptuales de la medicina recuperativa: iatremas, la salud como actitud, la actitud de cuidado recuperativo y el agente de salud.

Iatremas

Leemos en el clásico libro de Georges Canguilhem *Lo normal y lo patológico*: «Todo concepto empírico de enfermedad conserva una relación con el concepto axiológico de la enfermedad [...] Es posible practicar objetivamente, es decir imparcialmente, una investigación cuyo objeto no puede ser concebido y construido sin referencia a una calificación positiva o negativa, cuyo objeto por consiguiente no es tanto un hecho como un valor»³.

Siguiendo a Canguilhem, asumimos que la diferenciación entre lo normal y lo patológico obedece a una valoración de hechos empíricos. El atributo de normal o patológico no es intrínseco al estado del organismo, sino que, siguiendo criterios normativos, en cada contexto histórico y sociocultural se valoran como normales

o patológicos los distintos estados en los que puede estar un organismo.

Ahora bien, la condición valorativa de tal diferenciación no niega la naturaleza fáctica de los hechos a los que se refiere. Muy al contrario, distribuye los hechos naturales en el conjunto de lo normal o en el de lo patológico de acuerdo con propiedades intrínsecas de los hechos. Es solamente en la aplicación del criterio distributivo donde entran en juego los valores.

El criterio distributivo de los estados de salud en las categorías de normal o patológico es un criterio ético que estaba ya presente en la medicina hipocrática. La *philia medica* estaba al servicio de la *isegoría*⁴, pues la medicina hipocrática no era sino una herramienta de la democracia ateniense clásica. Este principio persiste hoy en día, de manera que los estados patológicos son considerados como intrínsecamente tributarios de justicia redistributiva en forma de atención médica por parte de la comunidad.

Para señalar claramente esta categorización normativa de la patología de acuerdo con los principios bioéticos de justicia y de beneficencia, proponemos el concepto de *iatrema* como el elemento ontológico de la medicina clínica. Lo definimos como cualquier estado del organismo problemático por amenazar la vida o por disminuir significativamente la calidad de vida de la persona afectada.

Todo iatrema es un objeto conceptual compuesto por la tríada médica: patología o proceso biomédico —*disease* en inglés—; padecimiento o experiencia subjetiva del malestar —*illness*—; enfermedad o rol de enfermo —*sickness*—⁵. A su vez, cada una de estas tres dimensiones del iatrema se corresponde con una perspectiva del *triángulo antropológico* que modeliza integralmente el estudio del ser humano desde abajo —antropología biológica—, desde dentro —antropología fenomenológica hermenéutica— y desde arriba —antropología sociocultural—⁶. Así entendido, el concepto de *iatrema* integra las nociones de patología, padecimiento y enfermedad, delimitándolas de acuerdo con un criterio ético. La depresalgia es un ejemplo de iatrema⁷.

La salud como actitud

Para 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»*. Esta acepción de salud como bienestar elude la condición espiritual del ser humano —entendiendo «espiritual» en sentido amplio y no solo religioso—, lo cual es problemático, pues es difícil entender el bienestar humano sin atender a su dimensión espiritual y existencial.

La toma de conciencia de la vulnerabilidad humana es un hito ineludible para la dimensión espiritual del ser humano, hasta el punto de que puede hablarse de una *paradoja del poder humano* concretada en lo siguiente: el poder del ser humano radica en la toma de conciencia de la vulnerabilidad propia y de los congéneres. Ello ha fomentado el desarrollo de mecanismos sociales de cuidado altruista, de cohesión y de protección social que han dotado a nuestra especie de una notable prioridad evolutiva frente a otras.

Para el logro del bienestar, tanto la medicina paliativa como la psicoterapia existencial han puesto el foco en la toma de conciencia de la vulnerabilidad humana, en especial de nuestra condición mortal⁸. Tal conciencia de mortalidad no puede resultar ajena a la experiencia del bienestar de la salud, pues cualquier forma de bienestar que eluda el hecho cierto de nuestra mortalidad y de nuestra vulnerabilidad no puede ser sino un falso bienestar. Algunas técnicas actuales, como la psicoterapia fenomenológica hermenéutica dinámica (PHD)⁹, hacen uso de la fenomenología trascendental para la toma de postura de la persona enferma hacia su vulnerabilidad.

Juan Masiá, en *El animal vulnerable*¹⁰, expone la vulnerabilidad en clave de convivencia. Destaca que la auténtica autonomía solo se alcanza en el seno del intercambio dialogal e institucional con otras personas; únicamente se es autónomo en el seno del grupo social. En la relación clínica¹¹, este intercambio dialogal e institucional se da de manera privilegiada en forma de cuidado en el límite de la vulnerabilidad marcado por el dolor, la enfermedad y la muerte.

Más allá del bienestar, proponemos entender la salud como la actitud de cuidado mediante la que se recupera el sentido. Por una parte, el sentido de una vida humana que se sabe más vulnerable por la patología, y por otra, el sentido de una circunstancia que está necesariamente ligada al destino de esta vida vulnerable. Ortega lo dejó escrito en las *Meditaciones del Quijote*: «Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo yo»¹².

*<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions> (consultado el 13 de abril de 2025).

Cuatro actitudes médicas

Escribe Laín en relación con la estructura de la antropología médica: «En el conocimiento de una realidad cuenta ante todo lo que ella en sí misma es, el tema de ese conocimiento; mas también importa el punto de vista o respecto con qué se la conoce; es decir, la actitud y la orientación de la mente que trata de conocerla»¹³.

Aceptando que la actitud predominante que configura la relación médico-paciente determinará el modo de practicar la medicina en cada caso, pueden diferenciarse tres tipos clásicos de *actitud médica*.

La actitud preventiva busca prevenir las enfermedades y sus consecuencias, ya sea evitando las causas (prevención primaria), detectando precozmente las afecciones tratables (prevención secundaria), minimizando las consecuencias de la enfermedad mediante la rehabilitación (prevención terciaria) o minimizando el daño causado por las intervenciones sanitarias (prevención cuaternaria).

La actitud curativa es la actitud médica por excelencia. Busca diagnosticar, tratar y curar las enfermedades, ya sea mediante procedimientos quirúrgicos, físicos, farmacológicos, psicoterapéuticos o de otros tipos. Al igual que la actitud preventiva, la actitud curativa adopta una racionalidad lineal del tipo *eliminada la causa, eliminado el efecto*. Estas dos primeras actitudes ponen su foco en los mecanismos biológicos del cuerpo que subyacen a la patología.

Por el contrario, la actitud paliativa está orientada hacia el padecimiento. Tiene por objetivo la mejora de la calidad de vida atendiendo a la experiencia del cuerpo vivido —la corporalidad— y a la condición biográfica, existencial y espiritual de la persona enferma. La actitud médica paliativa complementa así a las anteriores en el objetivo global de salud de lograr el bienestar, y no solo de evitar la enfermedad, incluso priorizando en sus intervenciones la calidad de la vida sobre la duración de esta.

A estas tres actitudes médicas clásicas —preventiva, curativa y paliativa— proponemos añadir una cuarta, la actitud recuperativa, que se diferencia de las otras tres en que ahora el protagonista no es el médico, sino el otro polo de la relación, la persona enferma.

Definimos la actitud recuperativa como el modo de la relación médico-paciente configurado en torno al sistema valorativo de la persona enferma y a las decisiones que esta toma basadas en él. La medicina recuperativa se enmarca en la convergencia entre la

medicina clínica y la bioética como un desarrollo actual de la iatrofilosofía clásica griega y latina^{14,15} recuperada por filósofos como Martha Nussbaum¹⁶. Busca construir sentido para los problemas de salud recuperando no la biología, sino la biografía, el sentido de la vida humana dañada por la patología. En este cometido, la principal función del médico es deliberar con la persona enferma para facilitar la toma de conciencia del mapa de sus valores y, de acuerdo con este, ayudarle a tomar autónomamente decisiones que competen al cuidado de su salud.

Diego Gracia entiende por deliberación «el proceso por el que la mente articula o conjuga los hechos con los valores en orden a tomar decisiones adecuadas o ajustadas a su situación...»¹⁷, y llama *construcción de valores* a esta tarea de realización, a la vez que de personalización, que las personas hacen de manera deliberante¹⁷. En la medicina recuperativa, la deliberación entre el médico y el paciente cobra una dimensión de cuidado terapéutico.

La palabra *cuidado* recoge bien la imbricación radical que la vida humana tiene con su entorno, con su circunstancia, tal como estudian los modelos actuales de fenomenología naturalizada¹⁸. En la medida en que una persona cuida de su entorno, de su cuerpo y de su persona, dota a su vida de sentido, un sentido biográfico que cobra especial fuerza en el límite de un organismo enfermo y doliente. No en vano la perspectiva de la salud como actitud cuidadosa se ha pensado desde el ámbito de la medicina del dolor, donde fracasa la medicina curativa y donde la medicina paliativa no puede enmarcarse al faltar la expectativa de una muerte próxima. Entendiendo la salud como actitud cuidadosa, cobra sentido la esperanzadora posibilidad de morir sano.

El cuidado, la articulación de hechos y valores, en términos de Xavier Zubiri es un proceso de apropiación de la realidad. Así lo explica en uno de los libros que mejor resume su obra filosófica, *Estructura dinámica de la realidad*, donde escribe a propósito del concepto aristotélico de *dynamis*: «La manera como el hombre actualiza estas posibilidades, es una manera que por parte del hombre está calificada como una apropiación; es decir, el hombre las hace suyas. Y en el hacer suya una posibilidad y deshacer otras existe una elección más o menos libre; y en esa elección y como resultado de ella, la posibilidad apropiada se apodera justamente del hombre»¹⁹.

En resumen, frente a la acepción clásica defendida por la Organización Mundial de la Salud de salud como bienestar, proponemos entender la salud como la

actitud cuidadosa de apropiación de la realidad y de sí mismo decidiendo en cada momento lo más adecuado en un marco de posibilidades. La medicina recuperativa se basa en esta actitud clínica, bien exemplificada en el modelo de recuperación de la esquizofrenia, un proceso singular profundamente personal consistente en modificar las actitudes, los valores, los sentimientos, las metas, las habilidades o los roles de una persona^{20,21}.

Agente de salud

En la actitud médica recuperativa nos referimos a la persona enferma como *agente de salud*, pues es la protagonista del proceso de recuperación de su salud. La actitud recuperativa de la medicina se construye en torno a la apropiación de posibilidades que hace la persona enferma asumiendo que la enfermedad ha incrementado su vulnerabilidad. De acuerdo con la paradoja del poder humano, tal incremento de vulnerabilidad convierte su existencia en una existencia aún más humana. La patología contribuye a incrementar la tensión biográfica de una biología amenazada por la discapacidad, el dolor y la muerte.

De acuerdo con la medicina recuperativa, el enfermo se convierte en agente de su propia salud al decidir la manera en que gestiona sus nuevas vulnerabilidades. No se trata de convertirse en un paciente experto, que también, sino que la clave de la salud radica en decidir con autonomía el curso de su biografía atendiendo a las nuevas vulnerabilidades.

Las redes sociales son el nicho de los enfermos vocacionales, pero también de los agentes de salud. Tomemos por ejemplo la red social X, donde encontramos personas que han ejercido una apropiación de su patología poniendo el foco no en la condición de enfermo como eje de su identidad —que sería el caso del enfermo vocational—, sino en la manera en la que él/ella, en tanto en cuanto persona autónoma, se apropiá de la nueva vulnerabilidad y, con ello, se convierte en agente de su propia salud.

El médico Jesús Candel, más conocido en redes sociales como *Spiriman*[†], afrontó un cáncer de pulmón hasta su fallecimiento en octubre de 2022. Tras anunciar su enfermedad, publicó unos polémicos post en los que sugería que la actitud positiva posibilitaba la curación del cáncer (Fig. 1)[‡]. En estas declaraciones se

[†]https://es.wikipedia.org/wiki/Jes%C3%BAs_Candel.

[‡]En abril de 2025 ya no es posible acceder a los post de *Spiriman*. Por ello, en la figura se muestran la captura de pantalla y el comentario que realizó Mónica Lalanda, médica y comunicadora.



Figura 1. La salud como actitud en Spiriman (*fuente: https://x.com/mlalande/status/1315431021035352064 [consultado el 13 de abril de 2025]. Se difunde con autorización de la autora*).

constata una versión distorsionada de apropiación de la salud por lo que tiene de imposible, de falta de realismo.

Más próxima al concepto de agente de salud es la actitud que mostró en redes sociales en sus últimos meses de vida José Carlos Pastor, catedrático de oftalmología (Fig. 2). Contrariamente al afrontamiento de *Spiriman*, en los post del profesor Pastor la actitud de apropiación de la salud se hace en el marco de lo posible, reconociendo la vulnerabilidad, el sufrimiento y la necesidad de ayuda, así como aceptando serenamente la proximidad de la muerte. El agente de salud se apropiá de la salud siempre en un marco de posibilidades reales, no de deseos imposibles. La actitud del profesor Pastor ha inspirado el título de este trabajo, pues sus post sugieren que murió sano, que falleció siendo el propietario biográfico de su vulnerabilidad biológica[§].

Se han puesto dos ejemplos de agentes de salud de personas que fallecieron. Sin embargo, la agencia de salud no es privativa de los cuidados paliativos; muy al contrario, aspira a ser la actitud médica prioritaria para los problemas crónicos de salud. De hecho, los

[§]Una aproximación a su persona puede leerse en <https://www.ioba.es/prof-pastor-28-08-1951-30-01-2025/> (consultado el 16 de abril de 2025).

conceptos de medicina recuperativa y de agente de salud están plasmándose con buena aplicabilidad y resultados en la Unidad del Dolor de Valladolid (UDOVA). Se concreta en el desarrollo de un programa de grupoterapia deliberativa del dolor dirigida a personas con dolor crónico, algunas de las cuales se han acreditado formalmente como agentes de salud de la UDOVA tras recibir una formación reglada de 20 horas, complementaria a su participación en la grupoterapia (Fig. 3).

La salud entendida como actitud cuidadosa de recuperación requiere modelos de protección social alternativos a los actuales, que refuerzan indirectamente el rol de dependencia social. Los modelos actuales del tipo de las *rentas mínimas condicionadas* implican la percepción de ayudas económicas a condición de que la persona demuestre que se encuentra en una situación de salud o social de especial vulnerabilidad. Estos modelos eluden el presupuesto de que todos los seres humanos somos vulnerables —recordemos la paradoja del poder humano— y podrían promover patrones comportamentales de enfermedad como los de enfermo vocacional, donde la condición de enfermo se constituye como núcleo de la identidad personal. En estos casos, la ayuda vinculada a la vulnerabilidad podría reforzar el rol de enfermo.

Por el contrario, en los agentes de salud, el núcleo de la identidad sigue siendo la propia estructura valorativa de la persona, quien decide autónomamente actualizarla de acuerdo con las nuevas vulnerabilidades. La salud se conserva en la medida en que se conserva la estructura valorativa, que no es sino la estructura de la identidad personal. Lo que cambia tras la irrupción de la patología es la aparición de nuevas vulnerabilidades, de las que se apropia el agente de salud actualizando con autonomía el propio mapa valorativo. Los modelos de *renta básica* vinculan la ayuda económica del Estado no a la condición de persona vulnerable —pues asumen implícitamente la paradoja del poder humano—, sino a la dignidad propia de la condición de ciudadano. Al desvincular la percepción de ayudas económicas respecto a la expresión de comportamientos de enfermedad, la salud podría florecer —en expresión de M. Nussbaum— mediante la actitud de cuidado a pesar de las enfermedades más graves.

No es objetivo de este ensayo profundizar en los aspectos políticos o tributarios de los dos modelos de protección social que aquí se enfrentan. Para ello, y por evitar simplificaciones injustificables, nos remitimos a algunos estudios que señalan la viabilidad y los detalles económicos de cada uno de ellos²²⁻²⁵. Aquí se ha

Jose Carlos Pastor J @jcpastorj · 2 dic. 2024

Anemia monumental. Tres días arrastrándome y hoy náuseas. Totalmente como una babosa. Además hoy estreñimiento y se me ha abierto la fisura anal. Todo muy divertido. Pero voy a seguir sonriendo y cargando las "tintas" en mis ganas de resistir y no perder la ilusión

Jose Carlos Pastor J @jcpastorj · 20 dic. 2024

Estos días me han echado un remiendo para poder seguir adelante. Parto de cero pero eso me da la oportunidad de saber si puedo volver a caminar. Por ganas no será y por esfuerzo tampoco. Hay que seguir luchando porque en esa lucha está también la clave de la vida

Jose Carlos Pastor J @jcpastorj · 26 dic. 2024

Hoy tobogán. Ayer reunión familiar rodeado de cariño. Hoy bajonazo supongo que por la anemia y algo de dolor. Mañana transfusión y a tirar para arriba. Gos es incansable y me cuida a tope. He iniciado los ejercicios. No puedo andar pero seguiré intentándolo. Necesito una ayuda

Jose Carlos Pastor J @jcpastorj · 2 ene.

Llevo unos días sin hablar mucho porque he estado con mi familia y porque percibo que mi enfermedad ha avanzado. No me hace falta mirar la analítica porque lo siento por dentro. Pero ni estoy desanimado ni tengo ansiedad. Mantengo mi paz interior y entiendo que las cosas son así

Figura 2. La salud como actitud en el profesor José Carlos Pastor (fuente: <https://x.com/jcpastorj?lang=es> [consultado el 13 de abril de 2025]. Se difunde con la autorización de su familia).

Enrique Ortega @Enorlde · 15 jun. 2023

Primera promoción de **agentes de salud** en dolor crónico. Los pacientes se incorporan como elemento activo en el tratamiento del dolor crónico en la **#UDOVA**. Gracias a nuestros pacientes y a [@vargasspain](#) y [@mafernietoTO](#)

María Fernanda Nieto Ramiro @mafernietoTO · 19 feb.

II Promoción de "Agentes de Salud" en la Unidad del dolor de Valladolid (UDOVA). Celebrando, y compartiendo, proyectos de ilusión y cuidado ✨🌟

Figura 3. La salud como actitud en los agentes de salud de la Unidad del Dolor de Valladolid (UDOVA) (fuente: <https://x.com/Enorlde/status/1669424699397353473>, <https://x.com/mafernietoTO/status/1892342832217596060> [consultado el 13 de abril de 2025]. Se difunde con la autorización de las personas fotografiadas y de los autores).

querido, solamente, señalar la oportunidad clínica que podrían tener los nuevos modelos de protección social.

Conclusión

La actitud recuperativa en medicina se resume en seis principios:

1. Ser humano es saberse vulnerable.
2. La salud es la actitud cuidadosa de recuperación personal tras la aparición de nuevas vulnerabilidades asociadas a enfermedades.
3. La recuperación personal consiste en una decisión autónoma de conservación y adaptación de la propia estructura valorativa para la apropiación de la nueva realidad.
4. La recuperación personal es recuperación del sentido de la vida, entendido como sentido del mundo y como sentido de la propia existencia. La recuperación personal es recuperación de una narrativa para la propia biografía.
5. El agente de salud es, a la vez, protagonista y autor de su propia biografía. El método de la fenomenología trascendental permite disociar esta doble condición del yo, como sujeto empírico o protagonista y como sujeto trascendental o autor.
6. El papel del médico durante la relación clínica en actitud de medicina recuperativa es triple: a) deliberar con el paciente para caracterizar su estructura valorativa, b) guiarle para diferenciar los polos empírico y trascendental de la subjetividad, y c) suscitarle a la toma autónoma de decisiones personales desde el polo trascendental.

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.

Conflictos de intereses

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

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

El autor declara que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Vargas Aragón ML. Enfermos vocacionales: un análisis iatrofilosófico de la discordia clínica en los trastornos funcionales. Rev Kranion. 2024;19:164.
2. Conill J. Nietzsche frente a Habermas. Genealogías de la razón. Madrid: Técnicos; 2021:160.
3. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina; 1971:176-77.
4. Lain Entralgo P. La medicina hipocrática. Madrid: Revista de Occidente; 1970.
5. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. J Med Philos. 2002;27:651-73.
6. San Martín Sala J. Antropología filosófica I. De la antropología científica a la filosófica. Madrid: UNED; 2013.
7. Vargas-Aragón ML. La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresión. Estud Filos. 2024;(70):201-24.
8. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books; 1980.
9. Stanghellini G. The PHD method for psychotherapy integrating phenomenology, hermeneutics, and psychodynamics. Psychopathology. 2019;52:75-84.
10. Masiá Clavel J. Animal vulnerable. Curso de antropología filosófica. Madrid: Trotta; 2015.
11. Sánchez Caro J. Configuración actual de la relación clínica. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2004;2:433-62.
12. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote. Madrid: Santillana Ediciones Generales y Fundación José Ortega y Gasset; 2004:757.
13. Lain Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat; 1985:33.
14. Preope J. Iatrophilosophers of the Hellenic states. London: Heinemann; 1961.
15. Lillo Redonet F. Palabras contra el dolor. La consolación filosófica latina de Cicerón a Frontón. Madrid: Ediciones Clásicas; 2001.
16. Nussbaum MC. La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenística. Barcelona: Paidós; 2021.
17. Petitot J, Varela FJ, Pachoud B, Roy JM, editores. Naturalizing phenomenology. Stanford: Stanford University Press; 1999.
18. Gracia D. El animal deliberante. Teoría y práctica de la deliberación moral. Madrid: Triacastela; 2025:601.
19. Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza Editorial/ Fundación X. Zubiri; 1989.
20. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16:521-38.
21. Maone A, D'Avanzo B. Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. Madrid: Psimática Editorial; 2015.
22. Arcarons Bullrich J, Bollaín Urieta J, Raventós D, Torrens Mèlich L. En defensa de la renta básica: por qué es justa y cómo se financia. Barcelona: Deusto; 2003.
23. Iglesias Fernández J. Renta básica: el modelo fuerte como instrumento de transformación social. El Vuelo de Icaro: Revista de Derechos Humanos, Crítica Política y Análisis de la Economía. 2002;(2-3): 35-68.
24. Noguera Ferrer JA. Renta básica y crisis del estado del bienestar. El Vuelo de Icaro: Revista de Derechos Humanos, Crítica Política y Análisis de la Economía. 2002;(2-3):109-26.
25. Sánchez Ribas JM. Renta básica y justicia: reflexiones para un debate. Ánfora. 2023;30:162-75.