

El médico y el enfermo hipocondríaco: del pathos trágico al pathos hegemónico

Drs. Carlos Rojas-Malpica, Miguel Ángel De Lima-Salas²

RESUMEN

Se presentan algunos aspectos históricos de la hipocondría, partiendo de ciertos conceptos básicos de la Medicina Hipocrática. Se hace una revisión de la perspectiva de esta enfermedad en la Edad Media, el Renacimiento y la Ilustración, hasta llegar a la actualidad. Se hacen algunas observaciones sobre la aproximación de la psiquiatría contemporánea al Trastorno Hipocondríaco, en sus definiciones clínicas actuales como Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) y Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (TAE), según las pautas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos. Se exponen las bases

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2024. XXX.5>

ORCID: 0000-0001-5259-3272¹

ORCID: 0009-0003-7559-3816²

¹MD, Ph D. Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela

²Profesor de Psiquiatría y de Historia de la Medicina Universidad Central de Venezuela.

neurobiológicas subyacentes a estos trastornos. Se desarrollan los conceptos de *pathos trágico* y *pathos hegemónico* y la relación de la hipocondría con dichas instancias, asumiendo esta patología psiquiátrica como una manifestación específica de la deriva del *pathos trágico* en hegemónico y la imposición y dominio de este último en la vida de la persona afectada por esta compleja enfermedad.

Palabras clave: Hipocondría, trastorno hipocondríaco, medicina hipocrática, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, circuito cerebral del miedo, *pathos trágico*, *pathos hegemónico*.

SUMMARY

Some historical aspects of hypochondria are presented, starting from certain basic concepts of Hippocratic Medicine. A review is made of the perspective of this disease in the Middle Ages, the Renaissance and the Enlightenment, up to the present time. Some observations are made on contemporary psychiatry's approach to Hypochondriac Disorder, in its current clinical definitions as Somatic Symptom Disorder (SSD) and Illness Anxiety Disorder (IAD), according to the guidelines of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) of the American Psychiatric Association. The underlying neurobiological basis of this disorder are presented. The concepts of tragic pathos and hegemonic pathos and the relationship of hypochondriasis with these instances are developed, assuming this psychiatric pathology as a specific manifestation of the drift of *tragic pathos* into *hegemonic pathos* and the imposition and dominance of the latter in the life of the person affected by this complex disease.

Key words: Hypochondriasis, hypochondriac disorder, hippocratic medicine, somatic symptom disorder, sickness anxiety disorder, cerebral fear circuit, *tragic pathos*, *hegemonic pathos*.

Arqueología

Al parecer, fue Diocles de Caristo, médico de finales del siglo IV a.C., el primero en hablar de hipocondría. No es un autor “menor”, dado que el mismo Plinio el Viejo afirmó que “seguía a Hipócrates en edad y fama” (1). Diocles le otorgó a la hipocondría una definición puramente física, como una especie de afección del estómago, acompañada de “*abundantes escupitajos húmedos, eructos agudos, gases y calor en los hipocondrios*” (2). Las descripciones vagas son propias de una medicina que apenas está naciendo. No tiene nada de raro que se produjera en la mente del médico de esos tiempos una asociación anatómica inmediata entre el lugar donde el enfermo percibía el malestar y el órgano subyacente. También es comprensible que se apelara a la teoría hipocrática de los humores para explicar la naturaleza de la enfermedad. El relato hipocrático describe muy bien el *pathos*, la profunda perturbación del enfermo que comienza a ser diagnosticado de hipocondríaco:

El paciente parece tener una espina en las vísceras que le pincha; las náuseas lo atormentan; huye de la luz y de los hombres, ama las tinieblas; tiene miedo; el tabique frénico sobresale externamente; lo lastimamos cuando lo tocamos; tiene miedo; tiene visiones espantosas, sueños espantosos, y a veces ve a los muertos. La enfermedad suele atacar en primavera. A este paciente se le hará beber eléboro, se le purgará la cabeza; y después de la purgación de la cabeza, se hará beber una medicina que evacúa por el fondo. Entonces prescribiremos leche de burra...nada de vino...nada de gimnasia ni paseos...Por estos medios, la enfermedad se cura con el tiempo; pero si no se trata se acaba con la vida (2,3).

En la misma época, Platón afirmaba en “El Banquete” que médico es aquel que está siempre atento al *pathos* o las pasiones, pues las enfermedades se presentan como un exceso pasional (4). De hecho, esa es una de las vertientes de la comprensión del fenómeno de la enfermedad por parte de los médicos de la Escuela Hipocrática de Cos. La naciente

Medicina Hipocrática entendía la salud (*hygeia*) como un estado óptimo de la naturaleza (*katá physin*), caracterizado por un orden justo de la organización biológica (*dikaíos*, justo, *dikhé*, justicia de la *physis*), que al mismo tiempo es limpio y puro (*katharós*), hermoso (*kalos*) y proporcionado (*metríos*). La fisiología hipocrática propone que la salud es producto de una predisposición de la naturaleza (*diáthesis*) y de una mezcla adecuada de sus humores (*eukrasía*), que deben conjugarse en una relación de proporción y balance (*isonomía*) en la que el pneuma fluye sin contratiempos (*eurróia*). Es el desequilibrio de los humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), y el predominio de alguno de ellos (*monarkhía*) lo que produce la enfermedad (*nosos*). Destaca aquí la figura de Alcmeón de Crotona (s. VI a.C.) que desarrolló el concepto de “isonomía”, equilibrio de cualidades en el cuerpo, y “supremacía”, cuando alguna de estas cualidades (seco, húmedo, frío, caliente) se imponía al resto y producía un desequilibrio, provocando la enfermedad. La noción de *pathos*, tanto en epicúreos como estoicos, era entendida como pasión o enfermedad. Para los estoicos, en un primer nivel estaba la *euemptosia* o “predisposición”, luego seguía el *pathos* y al final, la enfermedad propiamente dicha o *nosema* (5).

En relación con el síntoma denominado “patognomónico” (de «παθος», *pathos*, enfermedad y «γνωμονικός», *gnōmonikós*, “que indica”) las variaciones son muy numerosas: en oportunidades la atención era colocada en las peculiaridades morales de los enfermos, otras veces en el color pálido de su piel, en la consunción del cuerpo y, aún en otros casos, solamente en la secreción insólita de gases, que tienen lugar en el estómago o los intestinos de los hipocondríacos. De allí las expresiones “*morbus niger, morbus resiccatorius, morbus corruptorum* y *παθος φυστωδεξ (pathos phitodes)*” (6).

En la Edad Media son las culturas árabes y judías, que se asientan en diversas regiones de Europa, las que conservan el colosal legado de la Antigua Grecia. Al mismo tiempo, en la Europa Cristiana, el manto religioso cubre la práctica y la enseñanza de la medicina, sin negar por esto que la filosofía aristotélica inspire la obra de Santo Tomás de Aquino y una buena parte de la filosofía escolástica. En todo caso,

es algo patente que la visión medieval de la locura está íntimamente asociada a la posesión demoníaca y esta perspectiva gana espacio en la medida que el cristianismo se va consolidando. De allí deriva la dura posición de la Iglesia contra los herejes y las brujas (7). Fue necesario llegar al Renacimiento para que Europa volcara de nuevo su atención a la concepción naturalista de la Antigua Grecia: son los tiempos de Descartes, Pascal, Fermat, Newton y Leibniz.

Para los propósitos de esta comunicación no es necesaria una exhaustiva revisión histórica. Baste con señalar algunos hitos o momentos importantes para comprender la manera cómo la ciencia va entendiendo la enfermedad, y por lo tanto, la hipocondría. René Descartes (1596-1650) influyó en las ideas médicas de su época, llevando a algunos espíritus estudiosos a investigaciones de ricas consecuencias. Su libro *De Homini*, aparecido en 1622, puede ser considerado el primer texto de fisiología, con una visión mecanicista de la misma, ya que sostiene que el organismo humano no es más que un mecanismo mucho más complicado que los del mundo físico. Allí, entre otros reconocimientos, valida la obra de William Harvey, iatromecánico que explica la circulación de la sangre en los mismos términos que un sistema hidráulico (8).

Thomas Sydenham (1624-1689), notable médico inglés de su tiempo, hace un esfuerzo por construir un conocimiento más fundamentado en la clínica que en la especulación filosófica. Evita teorizar sobre el origen de las enfermedades y se concentra más en su descripción y clasificación, en estrecho contacto con el paciente. En 1683 Sydenham publica su *Dissertatio Epistolaris*, donde relata sus observaciones sobre la viruela, así como sobre la hipocondría y la histeria, atribuyendo la causa de esta última, la mayoría de las veces, a perturbaciones menstruales. También describe la *Danza de San Guido*, posteriormente denominada *Corea de Sydenham* (9).

Nemiah considera que, desde siempre, la hipocondría llamó la atención de diversos autores. En “*El enfermo imaginario*” de Molière, la preocupación somática del paciente hipocondríaco es descrita como un retrato el narcisismo egocéntrico que lo caracteriza (9). Sin embargo,

fue con Robert Burton (1577-1640) y su portentoso libro del Siglo XVII *The Anatomy of Melancholy*, donde la enfermedad hipocondríaca alcanza el mayor registro clínico de su tiempo. Burton cita una traducción de Galeno para describir la hipocondría: “*sharp belchings, fulsome crudities, heat in the bowels, wind and rumbles in the guts, vehement gripings, pain in the belly...much watering of the stomach and moist spittle, cold sweat*” (eructos agudos, asperezas repugnantes, calor en los intestinos, gases y estruendos en los intestinos, calambres vehementes, dolor en el vientre... mucho lagrimeo del estómago y saliva húmeda, sudor frío) (10).

Afirma Wickens que la búsqueda de nuevos sistemas racionales de medicina en el siglo XVIII también condujo a una creciente comercialización de la salud, con el surgimiento del médico practicante o “charlatán”. Esto fue especialmente cierto en Gran Bretaña, donde las personas enfermas comenzaron a consultar a los médicos con más frecuencia para exigir nuevos remedios y tratamientos farmacológicos. Una clase común de enfermedad eran las molestias nerviosas, aunque eran muy diferentes de las que se reconocen hoy. Los tres trastornos “nerviosos” más comunes de la época eran la histeria, la hipocondría y la dispepsia, todos relacionados con una desconcertante variedad de dolencias físicas y mentales. De la histeria, por ejemplo, se pensaba que era una aflicción de la mujer, asociada con los movimientos errantes del útero (ideas que se remontan a Hipócrates), responsable de emociones excesivas, lenguaje irracional, parálisis y convulsiones. La hipocondría no era menos grave, siendo una condición crónica que causa depresión, letargo, preocupación y temores morbosos de volverse loco. Desde una perspectiva moderna, la dispepsia fue quizás la más difícil de comprender, ya que se caracterizaba por indigestión crónica y flatulencia. Sin embargo, con frecuencia provocaba palpitaciones, hinchazón, vértigo, desmayos y nerviosismo extremo. Estos trastornos también fueron sorprendentemente comunes. Por ejemplo, en el siglo XVII, Thomas Sydenham estimó que los trastornos histéricos, incluida la hipocondría, eran responsables de afectar hasta una sexta parte de las enfermedades a las que era propensa la humanidad. Menos de un

siglo después, George Cheyne dijo que este tipo de queja afligía a un tercio de los ingleses (11).

Antes de llegar a los conceptos clínicos de los Siglos XX y XXI, cuando la influencia del positivismo médico, el psicoanálisis, la fenomenología y las neurociencias cambian radicalmente la comprensión y la explicación del *pathos hipocondríaco*, es de interés revisar y tomar nota de algunas reflexiones filosóficas sobre el pensamiento trágico en el Mundo Antiguo y sus resonancias contemporáneas.

El *pathos* trágico

No es mero capricho relacionar el género poético y teatral de la tragedia griega con un estado sentimental o una pasión como el *pathos* trágico. El género fue un arte ático por excelencia, surgido en el Siglo VI A.C, que alcanzó su máximo esplendor el Siglo V A.C. en la genéricamente denominada Atenas de Pericles, para luego decaer en el Siglo IV A.C. Los relatos conciernen a los dioses y a los héroes a los que se rendía culto en las *polis* de la Antigua Grecia. Se trata entonces, de un arte ciudadano, que representa en los teatros ante el gran público, con partes cantadas y otras recitadas. Los temas llevan a la escena los antiguos mitos, fuertes y agónicas tensiones dramáticas así como finales trágicos de los personajes más importantes (12).

La tragedia griega se atreve a explorar los más desgarradores conflictos de la condición humana, que conservan plena vigencia en el hombre contemporáneo. Transmite profundos y graves cuestionamientos sobre el sentido de la vida, lo horrible y lo bello, lo sencillo y lo grandioso, lo novedoso y lo antiguo, lo femenino y lo masculino, el poder y sus condicionamientos, así como la vida y la muerte. Algunos consideran que sus más remotos orígenes se encuentran en el culto a Dionisios, Dios del vino, la danza, el placer y el desenfreno (13).

Friedrich Nietzsche (1844-1900) encontró en la tragedia griega una revelación de las más profundas tensiones de la condición humana, representadas en los mitos de Dionisios, liberadores del deseo y el frenesí, y de Apolo, controlador de los desbordamientos y las pasiones, búsqueda de lo sublime y lo racional. Según Nietzsche, se podría concebir el alma

trágica de los antiguos griegos como una aceptación cruda del mundo tal y como se presenta en su expresión más inmediata, con su aspereza, sus ardores, sin equívocas promesas ni esperanzas de alguna reconciliación en un más allá dulce y sublime. El alma trágica accede a plenitud a los placeres pero también a las desdichas y miserias propios de la vida, con estoica acritud, sin llantos ni lamentos. Esta alma trágica, salida de la tragedia, está muy viva en los primeros poetas trágicos griegos, como Esquilo y Sófocles, pero luego se debilita con Eurípides. Esta detenida cita del filósofo alemán, da cuenta de la profunda reverberación del *pathos* trágico en la organización de su pensamiento:

¿Es necesariamente el pesimismo el signo de la decadencia, de la desilusión, del cansancio y del debilitamiento de los instintos, como fue para los indios, o como, según todas las apariencias, es en todos nosotros, los hombres modernos y europeos? ¿Hay un pesimismo de los fuertes?, ¿Una inclinación intelectual a la dureza, al horror, al mal, a la incertidumbre de la existencia, producida por la exuberancia de la salud, por un exceso de vida? ¿Hay quizá un sufrimiento en esta misma plenitud? ¿No hay una valentía temeraria en aquella mirada que busca lo terrible como el enemigo, el digno enemigo contra el cual quiere ensayar sus fuerzas, del cualquier saber qué es el terror? ¿Qué significa, precisamente en la época más feliz, más fuerte y más valiente de los griegos, el mito trágico? ¿Qué ese prodigio fenómeno de lo dionisíaco? ¿Qué la tragedia nacida de él? Y a su vez, ¿qué quiere decir aquello que mató la tragedia: el socratismo de la moral, la dialéctica, la suficiencia y la seguridad del hombre teórico? ¿Acaso este socratismo no pudo muy bien ser el signo de la decadencia, del cansancio, del agotamiento, del anarquismo disolvente de los instintos? (14).

La magia dionisíaca celebra el encuentro del hombre con su naturaleza, sus tormentos y sus pasiones, reprimidas por el orden y la belleza apolínea. El dios Dionisio, hijo de Zeus y Semele, promueve

una orgía en Tebas, que irrita al Rey Penteo, quien lo encierra y somete, pero el dios se libera del encierro y convoca a la madre del monarca a una orgía con las bacantes, que tomadas por una furiosa ira, despedazan vivo a Penteo y le entregan la cabeza a su madre, quien la muestra como trofeo. Una vez pasado el frenesí, Semele queda horrorizada de haber sido partícipe del asesinato de su propio hijo. Este horroroso goce filicida es presentado por Nietzsche como una liberación de todas las ataduras convencionales que impiden conocer la profundidad del alma humana (Korstanje, 2009). El pensamiento de Nietzsche ha generado profundos debates que llegan hasta el presente. No todos coinciden con sus apreciaciones, pero nadie le niega haber revelado la tensión entre lo apolíneo y lo dionisiaco en el corazón de la tragedia griega, lo cual evidencia un mundo de crudas asperezas que había pasado desapercibido para muchos helenistas, más atentos a lo sublime y apolíneo.

Ahora bien, hay trabajos de jóvenes investigadores y prestigiosos helenistas, que proponen leer el *pathos* propio de la tragedia griega desde los códigos de la medicina hipocrática. Por ejemplo, Carlos García Gual, distinguido helenista español, encuentra un fuerte registro melancólico entre los poetas, aunque declara que no es necesario mencionar a ninguno, pues todos estarían poseídos por los derrames de bilis negra, propios de la melancolía. Pero también, personajes de la mitología, devenidos en héroes trágicos, como Heracles y Ayante, que fueron presa de un frenético furor que los arrastró a un trágico fin. Recordemos las tragedias de Eurípides y de Sófocles sobre uno y otro. Belerofonte es un ejemplo también de exceso de audacia: quiso asaltar el Olimpo montado en su alado corcel y fue rechazado por los dioses. La desesperada búsqueda de la soledad es uno de los trazos típicos de la depresión originada por la melancolía. El predominio de la bilis negra puede llevar a excesos de furor y de arrogancia, y puede, en contragolpe, hundir al paciente en un terrible abatimiento y misantropía.

Para el autor, siguiendo a Teofrasto, la melancolía pasa de ser una enfermedad a un temperamento, caracterizado por un humor sombrío y sufridos registros vivenciales, pero que con menor intensidad y rasgos moderados, se encuentra entre personas de vivo talento y notables

capacidades, sobresalientes por su genio: “Si enferman por exceso de bilis negra llegan a la locura, la epilepsia y la catalepsia. En especial la bilis negra puede producir dolores en el hipocondrio, por lo que el melancólico es un hipocondríaco muchas veces” (15).

La hipocondría en la psiquiatría contemporánea

A pesar de que el término hipocondría ha ido saliendo progresivamente de la nomenclatura psiquiátrica, nunca hubo duda en colocarlo dentro de los denominados trastornos mentales, es decir, dentro del campo del saber y la práctica clínica de la psiquiatría. Ya se relató en el primer capítulo la larga historia de la hipocondría. Las clasificaciones psiquiátricas más importantes y de mayor uso en el mundo entero son el DSM (*Diagnostical and Statistical Manual*, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Psiquiátrica Americana, actualmente en su quinta versión (16) (APA, DSM-5, 2014) y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud, actualmente en su undécima versión (17), donde la hipocondría ha pasado por varios reacomodos hasta casi desaparecer como entidad clínica autónoma.

Algunas veces se peca por exceso de nosotaxia, con proliferación desmedida de entidades clínicas. Se apela a una nosografía superficial, más basada en el análisis de frecuencia que en el esfuerzo fenomenológico profundo por aprehender y describir lo esencial del cuadro clínico y, lamentablemente, hay cada vez menos nosología. Es decir, se deja de lado el procedimiento dirigido a comprender las lógicas biológicas y psicopatológicas que generan el trastorno mental. A menudo se habla de “comorbilidad” cuando coinciden dos o más trastornos, que son evaluados como distritos nosológicos independientes, pero no se efectúa el necesario ejercicio intelectual que indague si todo corresponde a una sola patología que parte de un magma común (18). Sin embargo, se deben reconocer avances notables en la unificación de criterios y en la búsqueda de un lenguaje común para los psiquiatras y psicólogos del mundo entero. Entre tales avances, cada vez hay menos nombres y apellidos en la semiología y clínica de la psiquiatría contemporánea.

También es posible observar una clara evolución, al menos dentro del tema que nos atañe, del trastorno hipocondríaco, del DSM-IV y la CIE-10 al DSM 5 (ya no se usa más la codificación con números romanos) y la CIE-11. Ambas clasificaciones tenían muchas similitudes y pocas diferencias en los denominados *Trastornos Somatomorfos*, donde estaba incluida la hipocondría. La denominación era, ciertamente, muy confusa y no muy consistente desde el punto de vista epistemológico. Se asumía que eran trastornos solamente de forma somática, pero de fondo psicógeno, algo difícil de aceptar en estos tiempos de tanto avance de las neurociencias. El *Trastorno por Somatización*, en ambos manuales diagnósticos, era una versión menos intensa que el Trastorno Somatomorfo, con menos criterios y más laxitud categorial.

En el DSM-5 desaparece el nombre de Trastorno Somatomorfo y se le sustituye por el de *Trastorno de Síntomas Somáticos* (TSS), aunque persiste la misma postura epistemológica: forma somática pero de fondo psicógeno, abandonando el criterio de síntomas sin explicación médica plausible. El Trastorno Hipocondríaco es sustituido por el *Trastorno de Ansiedad por Enfermedad* (TAE), que resulta mucho más acertado y propio de estos tiempos. Se ha comentado que el capítulo ha sido deconstruido y que podría mejorar con ligeros arreglos (19). Bayler y col. coinciden en que en el DSM-5, el diagnóstico de hipocondriasis fue reemplazado por las dos nuevas entidades diagnósticas ya señaladas: el Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) y el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (TAE). Ambos diagnósticos comparten como criterio común una alta ansiedad por la salud, pero los síntomas somáticos adicionales solo se requieren para el TSS pero no para el TAE. Estos autores proporcionan evidencia empírica de la validez de estos nuevos diagnósticos utilizando datos de un estudio de casos y controles de personas altamente ansiosas por la salud, de personas deprimidas y personas sanas. En los resultados se aprecia que los individuos originalmente diagnosticados con hipocondriasis según el DSM-IV, cumplieron predominantemente los criterios de TSS (74 %) y rara vez de TAE (26 %). Los individuos con TSS estaban más deteriorados, tenían más a menudo trastornos comórbidos de pánico y ansiedad generalizada

y tenían más consultas médicas que aquellos con TAE. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el TSS y el TAE con respecto a los niveles de ansiedad por la salud, otras características hipocondríacas, comportamiento de enfermedad, atribuciones de síntomas somáticos y preocupaciones físicas, mientras que ambos grupos diferían significativamente de los controles clínicos y sanos en todas esas variables. En su conclusión, claramente controversial, concluyen que sus resultados no respaldan la propuesta de dividir la ansiedad por la salud/hipocondriasis en dos diagnósticos, y justifican más estudios de validación con muestras más grandes y grupos de control adicionales para probar la validez de estos nuevos diagnósticos (20).

Lowe y col. revisaron de manera integral la evidencia contemporánea relacionada con el TSS, realizando una exploración de serio alcance en PubMed, PsycINFO y Cochrane Library. Los principales criterios de inclusión fueron TSS y publicación en idioma inglés entre el 01/2009 y el 05/2020. Los términos de búsqueda sistemática también incluyeron subtítulos para las secciones de texto del DSM 5, es decir, características diagnósticas, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, cultura, género, riesgo de suicidio, consecuencias funcionales, diagnóstico diferencial y comorbilidad. Como resultado se identificaron 882 artículos, de los cuales se incluyeron 59 textos completos para su análisis. La evidencia empírica respalda la confiabilidad, la validez y la utilidad clínica de los criterios de diagnóstico para el TSS, pero parece necesaria una mayor especificación de los criterios B de TSS psicológicos. Los estudios de la población general que utilizan cuestionarios de autoinforme detectaron frecuencias medias para TSS del 12,9 % [intervalo de confianza (IC) del 95 %: 12,5 % -13,3 %], mientras que faltan estudios de prevalencia basados en entrevistas estándar de criterio. EL TSS se asoció con mayor deterioro funcional, disminución de la calidad de vida y alta comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión. Persisten lagunas de investigación pertinentes en relación con los aspectos del desarrollo, los factores de riesgo y pronóstico, el riesgo de suicidio y las cuestiones relacionadas con la cultura y el género. Como conclusión, se determinó que las fortalezas

del diagnóstico de TSS son su buena confiabilidad y su validez y utilidad clínica, que mejoraron sustancialmente con respecto a sus predecesores. El TSS caracteriza a una población específica de pacientes que están significativamente deteriorados tanto física como psicológicamente. Sin embargo, existen brechas sustanciales en la investigación, por ejemplo, con respecto a la prevalencia del TSS evaluada con entrevistas con criterios estandarizados de diagnóstico (21).

No se conoce con exactitud la epidemiología del TSS porque apenas fue introducida en el DSM-5 en 2013. Se estima que podría tener una prevalencia de 4 % a 6 % de la población general, pero en las consultas de atención primaria llegaría a 17 % de los pacientes. Entre los factores de riesgo para padecer TSS se encuentran el sexo femenino, un bajo nivel educativo y socioeconómico, antecedentes de enfermedades prolongadas en la infancia, historia de abuso sexual o trauma psicológico, presencia de trastornos médicos actuales, historia familiar de enfermedades crónicas y de ansiedad por la salud. La patogénesis del TSS no es totalmente clara. Factores del desarrollo personal, como atmósfera emocional negativa, estrés y maltrato físico o sexual en la infancia, así como algunos rasgos psicológicos como distorsiones perceptivas y dificultades para la expresión emocional o alexitimia, se han asociado con este trastorno. Se habla de polimorfismo genético y de una concordancia entre gemelos de alrededor de 17 %, sin embargo, no hay nada concluyente hasta ahora. En la presentación clínica se deben considerar uno o más síntomas actuales de larga duración que ocasionen distrés o menoscabo psicosocial. Pueden presentarse múltiples síntomas, pero es suficiente con uno para hacer el diagnóstico. Siempre hay pensamientos persistentes y abrumadores relacionados con los síntomas y, con frecuencia variable, dolores difusos, fatiga, síncope, mareos, síntomas gastrointestinales, cardiopulmonares, neurológicos y sexuales diversos. Puede haber enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos comórbidos. Aunque el curso de la enfermedad en el TSS no está claro, se cree que tiende a ser crónico y fluctuante, pero se puede esperar mejoría o remisión en al menos el 50 % de los pacientes. Sin embargo, la mejora o la remisión no significa que todos los síntomas

se hayan resuelto por completo. Además, los pacientes que remitieron pueden recaer posteriormente (22).

El diagnóstico diferencial, desde la denominación de hipocondría hasta el presente, entraña no pocas dificultades. Lo primero es diferenciarla de un cuadro psicótico, pues la persistencia de la convicción de enfermedad, a pesar de las pruebas en contrario, obligan a distinguirla de las ideas delirantes. Debe recordarse que hubo autores que hablaron de “esquizofrenia hipocondríaca”, mientras que otros, de fenomenología más fina, propusieron el término de “esquizofrenia cenestésica”, porque no se trata de interpretaciones erradas sino de sensaciones primariamente anormales (23). Tampoco debe olvidarse que Jules Cotard habló hace más de un siglo del “delirio hipocondríaco en una forma grave de la melancolía ansiosa” y del “delirio de negación”. Las presentaciones más puras del síndrome de negación incluyen la negación de órganos, el sentimiento de inmortalidad y la negación del mundo. Aún se continúa hablando del *Síndrome de Cotard* como una expresión psicótica de la hipocondría (24). Para Dominique Wintrebert la hipocondría puede ser lo esencial del cuadro clínico o agregarse a todo tipo de patología, incluso puede ser la forma evolutiva de un Trastorno de Ansiedad. Es distinta de la otrora denominada “conversión histérica” porque no está acompañada de la *belle indifférence*, sino que, por el contrario, hay un sufrimiento que conlleva una preocupación exagerada, también porque la significación simbólica del fenómeno hipocondríaco es difícil de delimitar, y porque la conversión altera las funciones corporales. También debe ser diferenciada de la “nosofobia obsesiva” y de la dismorfofobia (25).

El miedo, el pánico, la ansiedad y la angustia son casi sinónimos, tanto desde el punto de vista fenomenológico en tanto que vivencias sentidas, como desde los circuitos cerebrales involucrados. La mayor diferencia es que en el miedo la amenaza es un peligro fácilmente objetivable, mientras que en la ansiedad y angustia, la amenaza es de orden subjetivo y muchas veces difícil de identificar. Como ya se ha dicho, ninguno de ellos es en sí mismo patológico. El miedo hace parte del repertorio emocional de casi todas las especies animales,

especialmente de los mamíferos, como una reacción de alarma ante el peligro. Algunas especies son especialmente temerosas, muy sensibles al peligro de los depredadores y están en un estado de alerta permanente. La crisis de llanto de un recién nacido también es una reacción de alarma vivida con mucho malestar y de ella depende para preservar su vida. Su llanto es un mensaje para activar el comportamiento de la madre. Esa comunicación constituye una matriz biológica de un asiento simbólico muy importante para desarrollar una relación confiada o esperanzada con el mundo. No se le ha dado bastante importancia al estudio del llanto en la puericultura, habría que insistir mucho más en la educación de la mujer embarazada, especialmente de la primigesta. Compartir el lecho, lejos de hacer del recién nacido un niño temeroso o dependiente, lo puede hacer crecer más sano y confiado en su familia y semejantes. El modelo positivista, urgido de establecer correlaciones matemáticas para dar solidez científica a sus mejores asertos, ha dejado de lado experiencias tan determinantes como el llanto del recién nacido. Antes de la palabra, está el llanto o el grito. Es la señal de peligro primigenia que la madre aprende a reconocer muy pronto en sus variados matices. El malestar producido por el hambre, el dolor y otras circunstancias es percibido por el recién nacido como un peligro, por eso activa una alarma muy intensa. A partir de esa matriz comunicacional se elaboran muchas formas de intercambio en el desarrollo inmediato. Un intercambio inadecuado o perturbador puede determinar confianza o desconfianza a la hora de expresar el malestar en el futuro inmediato y tardío, a tal punto de quedar olvidado de la consciencia, pero seguir vivamente presente en la vida cotidiana. Podría ser el fundamento del *pathos trágico* en la ontogénesis. La sensación es muy parecida al temor y desconfianza del hipocondríaco cuando expresa su malestar. En algunas personas se produce, por motivos genéticos, de la evolución personal o psicosociales, una instalación patológica en el circuito cerebral del miedo. En el enfermo hipocondríaco hay mucho miedo. Vive en un estado de alerta permanente, muy atento a todas las sensaciones corporales. En el ser humano, todo lo que se siente en el cuerpo, pasa inmediatamente al orden simbólico.

Conocer el funcionamiento del circuito cerebral del miedo es fundamental para entender la fisiología de los trastornos de ansiedad, las crisis de pánico, el estrés traumático y el temor hipocondríaco. La *amígdala* es el primer núcleo cerebral en reaccionar ante una situación de peligro, objetiva o subjetiva. La *ínsula*, que se encuentra en la superficie lateral de ambos hemisferios cerebrales, integra información cognitiva, sensaciones fisiológicas y predicciones de lo que va a ocurrir en lo inmediato; además procesa información procedente de los sentidos y las emociones que se gestan en la amígdala, de allí su importancia para afrontar situaciones relevantes o amenazadoras. De igual manera, también participa en el condicionamiento del miedo, por lo tanto, predice y anticipa las posibles consecuencias negativas del mismo. La *corteza cingulada anterior dorsal* es relevante en el aprendizaje del miedo y en las conductas de evitación, así como en la experiencia subjetiva de ansiedad. Se considera que ejerce una función de mediador racional en situaciones de conflicto cognitivo, pues participa discriminando la importancia que tiene el estímulo, y orienta la atención hacia la situación que se presenta. Cuanto más se activa, mayor es la atención que dedicamos hacia el estímulo y también aumenta la respuesta de miedo. Por su parte, la *corteza prefrontal dorsolateral* participa en la regulación del miedo, tanto como vía de salida (*output*), como al recibir los estímulos que inicialmente fueron procesados (*input*) en la ínsula. Hay hallazgos que sugieren que el cortex prefrontal dorsolateral participa en la regulación emocional del estímulo al permitir distinguir los estímulos amenazantes de los seguros. Pero el comportamiento emocional pasa al cuerpo como manifestaciones viscerales y neurovegetativas que son mediadas por el hipotálamo, la corteza somatosensorial y una actividad motora mediada por los *núcleos grises de la base* del cerebro. Esto es lo que ocurre en el circuito cerebral del miedo cuando todo es procesado saludablemente. Pero no siempre es así. Cuando estímulos o situaciones ni peligrosas ni amenazantes son capaces de activar el sistema, se produce una perturbación en la fisiología del circuito (26). El circuito cerebral del miedo se activa muy fácilmente en los enfermos ansiosos. Parece descargar con mínima energía, o como sucede en

el fenómeno del *kindling*, con estímulos subumbrales. La más leve señal del cuerpo es percibida como una amenaza y puede derivar en un verdadero tormento para el paciente. También es un problema serio para el médico, porque, con frecuencia, su metodología positivista no le da acceso a comprender el sufrimiento del paciente. A menudo le dice que no tiene nada y en ese mismo momento abre un foso infranqueable en la comunicación, porque realmente sí tiene algo, pero solo es accesible desde la *penetración empática* de la fenomenología. Pocos entienden que sufrir como lo hace el enfermo hipocondríaco, ya es estar enfermo. Pero esa ruta exige una comprensión antropológica, difícil de acomodar en la formación positivista.

El miedo, la ira o agresividad, el amor, el odio, la angustia y la alegría, son emociones porque tienen un registro muy fuerte en el cuerpo y la consciencia. Los sentimientos son más suaves, pero no son menos importantes. Ya lo señaló muy bien Unamuno al hablar del “sentimiento trágico de la vida”. Los sentimientos, siempre subjetivos, y también las emociones, son de vital importancia para los comportamientos humanos, así como para los de muchos otros animales. Además, tanto los sentimientos como las emociones se asocian con efectos motores viscerales (autonómicos) y respuestas motoras somáticas estereotipadas, especialmente movimientos de los músculos faciales y del complejo de músculos esqueléticos subyacentes a la postura. En una crisis de angustia la musculatura respiratoria se contrae y, por la contracción del diafragma, da sensación de asfixia y dolor en el epigastrio. Puede haber una vivencia de muerte o de temor de perder la razón. Históricamente, los centros neurales que coordinan las respuestas emocionales se han agrupado bajo la rúbrica del *sistema límbico*. Más recientemente, sin embargo, se ha demostrado que otras regiones del cerebro desempeñan un papel en el procesamiento emocional, incluida la amígdala y varias áreas corticales en las zonas orbital y medial del lóbulo frontal. Esta constelación más amplia de regiones corticales y subcorticales abarca no solo los componentes centrales del sistema motor visceral, sino también regiones del prosencéfalo y el diencefalo que motivan grupos de neuronas motoras inferiores relacionadas con la expresión somática

del comportamiento emocional. Estas mismas estructuras del cerebro anterior participan en una variedad de funciones cerebrales complejas, incluida la regulación del comportamiento dirigido a objetivos, la toma de decisiones, el comportamiento social e incluso los juicios morales. Estas regiones del cerebro también están sujetas a cambios por mala adaptación o interferidas debido al abuso de drogas y factores que subyacen a las enfermedades psiquiátricas. Se puede comprender mejor el papel del núcleo amigdalino si tomamos en cuenta que está constituido por una serie de subnúcleos conectados con áreas corticales cercanas localizadas en regiones ventrales y mediales de la superficie hemisférica. También suele ser llamado *complejo amigdalino*. Su actividad se organiza en tres subdivisiones anatómicas y funcionales con sus correspondientes conexiones. El grupo de subnúcleos mediales mantiene conexiones con el núcleo y la corteza olfatoria. La zona basolateral, especialmente extensa en los seres humanos, mantiene ricas conexiones con la corteza prefrontal medial y dorsolateral. El grupo anterior y central se conecta con el hipotálamo y el tallo cerebral, incluyendo estructuras sensoriales y viscerales del tracto solitario y el núcleo parabraquial (27). Los circuitos cerebrales descritos son el fundamento neurofisiológico de la ansiedad, el miedo y el temor hipocondríaco.

Michael Trimble, profesor de Neurología de la Conducta de la Universidad de Londres, también ha estudiado el pensamiento trágico partiendo precisamente de Nietzsche. Para Trimble, hay una organización neuroanatómica fundamental en la emoción trágica que la distingue del miedo y de la rabia. El *Pathos Trágico* de Nietzsche luce estrechamente vinculado con los sentimientos movilizados por la música, que son muy distintos de los provocados por la rabia y el miedo. Por el contrario, se activan regiones neurofisiológicas muy parecidas a las que se producen con la afectividad social, el amor y la contemplación estética de la belleza. Según Trimble, desde una perspectiva fisiológica, el *Pathos Trágico* no es similar a la liberación experimentada en la catarsis, estando más cerca de una sensación paradójica de activación y calma. El pensamiento trágico descubre el velo con que la esperanza cubre

algunas veces la verdad. Podría calificarse como una epistemología. No admite un análisis simplificador ni tradicional. Las neurociencias van abriendo posibilidades de comprender la condición humana que van más allá del pensamiento binario. En lenguaje freudiano podría decirse que hay experiencias que están *más allá del principio del placer*. Esta opinión, aunque no coincide con otras muy valiosas que se han venido discutiendo, es de enorme importancia por dos razones. En primer lugar, por la autoridad académica de Michael Trimble, y en segundo lugar, porque se refiere a la vivencia trágica en condiciones de salud, en el teatro o en un concierto musical. En condiciones mórbidas debería variar significativamente (28).

Revisados suficientemente los abordajes clínicos contemporáneos de la hipocondría, las aproximaciones desde las neurociencias, pero también algunos aspectos ontogenéticos del llanto, así como la arqueología del término y el fenómeno óntico y radical del *Dasein* representado en la tragedia griega y el pathos trágico, llega el momento de presentar el fenómeno del *pathos hegemónico* con el cual se redondea la propuesta final de la presente comunicación.

El *pathos hegemónico*

Es muy frecuente que al psiquiatra se le pregunte si odiar, llorar, sufrir, preocuparse, o angustiarse es “malo” o “anormal”. La respuesta no puede ser cuantitativa, de orden estadístico, ni tampoco moralista. Normal es lo que es más frecuente, por lo tanto, hablar tres idiomas, tener un coeficiente intelectual superior al promedio o saltar 15 metros de largo, serían datos de anormalidad. El criterio de normalidad sirve de muy poco para la fenomenología de la salud y la enfermedad mental. En realidad, el ser humano puede experimentar todas las emociones y sentimientos. El repertorio es muy amplio, aunque es posible que el lenguaje para expresar el malestar supere con creces al usado para referirse al bienestar. Siendo consecuentes con el discurso de los antiguos griegos, pero también con la complejidad de Edgar Morin (29), lo saludable es la complejidad sentimental; mientras lo mórbido, lo no deseable, es la hegemonía, predominio, monarquía o supremacía de un

determinado *pathos*. Se puede adelantar que dichos estados afectivos -o mejor y más comprensivamente *pathos* o “temples”- son también estructuras que tienen un componente biológico sentido en el cuerpo como una vivencia conmovedora, y otro componente, inseparable del anterior, que es vivido en la consciencia y expresado como lenguaje. La noción de *pathos*, tanto en epicúreos como estoicos, era entendida como pasión o enfermedad. Para los estoicos, en un primer nivel estaba la *euemptosia* o predisposición, luego seguía el *pathos* y al final, la enfermedad propiamente dicha o *nosema*. Son, además, sistemas que consumen energía, cuyo predominio o hegemonía puede alterar el medio interno y la homeostasis, y al modificar de tal modo el metabolismo, producir un reacomodo en la distribución de la energía, dando lugar a una vivencia de malestar, dolencia, agotamiento, o de franca enfermedad. En cambio, el equilibrio, la isonomía, el adecuado balance de los humores se vive como una sensación de bienestar, indispensable para la salud mental.

La conducta denominada *illness behavior* por la terminología anglosajona (30), o “*comportamiento del enfermo*” por la antropología médica de Laín Entralgo (regresión, “succión por el cuerpo”, dependencia y exaltación del yo) (31), dan igualmente cuenta de la simplificación y pérdida de complejidad a la que conduce la enfermedad, especialmente en sus formas crónicas. Aún así, no se debe perder de vista que también el proceso mórbido termina organizando el comportamiento del enfermo, dando lugar a un nuevo ajuste a nivel personal, para lograr un cierto equilibrio, aunque sea precario; lo que ha sido señalado con mucho acierto por Canguilhem a propósito de ciertos acomodos y estabilidades dentro de la enfermedad (32).

El *pathos trágico* es un componente primordial de la subjetividad, inscrito en el *Dasein* como un existenciario. No es posible erradicar el *pathos trágico* de la vida interior sin producir un profundo vaciamiento existencial. Es muy probable que su primera presentación en la vida sea con el llanto desesperado del recién nacido. Es una observación fenomenológica que exige un estudio más profundo. Pero como todos los sentimientos y emociones del ser humano (rabia, miedo, amor,

cólera, envidia, celos, tristeza, angustia, vergüenza, indignación, odio, congoja, asco, preocupación, alegría, entusiasmo, etcétera), el *pathos trágico* es sano mientras no se convierta en una *pasión hegemónica* que suprima el resto del repertorio sentimental y gobierne la vida desde un lugar anacrónico de la biología cerebral, ya descrito como el circuito cerebral del miedo. En ese caso ya se estaría en presencia de una pérdida de complejidad, de una simplificación o mineralización de la vida sentimental y cognitiva, de una significativa reducción de la subjetividad, así como de la supresión del sano componente caótico e imprevisible del comportamiento saludable. La hipocondría, el TSS o el TAE son el mismo *pathos trágico* devenido en *pathos hegemónico*.

No tendría sentido descubrir el *pathos hegemónico* si dicho acto no tuviese un efecto terapéutico, que sí lo tiene, porque ayuda al enfermo a comprender la naturaleza de su enfermedad y el proceso, breve o largo de su organización en el centro de su vida subjetiva. Todos los seres humanos piensan en la enfermedad con temor, pero eso no los hace hipocondríacos o pacientes de TSS ni de TAE. Es sólo cuando esa preocupación alcanza el estatuto fenomenológico del *pathos hegemónico* cuando se debe o puede hablar de un problema mórbido. Es por la vía de la analítica existencial y de la exploración fenomenológica, por el estudio biográfico y el reconocimiento de las relaciones de sentido entre las vivencias que se llega, a través de un *encuentro existencial* entre el paciente y su terapeuta, a la identificación del *pathos*. No se llega allí por una lista de chequeo, análisis de frecuencia, ni por la aliteración de síntomas descritos en un manual. Es algo de un calado mucho mayor y más profundo. El proceso mórbido o el *pathos hegemónico* son, en este caso, una revelación, un descubrimiento que tiene un notable efecto terapéutico. Una vez alcanzado ese nivel de profundidad, se procede a una aproximación neurofenomenológica para examinar cuánto se simplifica la vida del paciente cuando su conducta es gobernada desde un lugar anacrónico de la *physis* (naturaleza). Es muy importante que el paciente note que la activación espontánea y permanente de esas regiones del cerebro, con mínima energía —que en este caso tienen que ver con el circuito cerebral del miedo— no solamente son responsables

del temor y la ansiedad con que vive sus sensaciones, sino que también inhiben otras zonas del cerebro responsables de comportamientos más complejos y también más gratos, que le dan sentido y goce a la vida, que deberán ser recuperados gradualmente por prácticas existenciales saludables. Sólo después de ese nivel de relación se puede prescribir un tratamiento farmacológico, que será también producto de un encuentro. Lograr esa atmósfera de confianza es de alto valor terapéutico.

Henri Ey definió la psiquiatría como una *ciencia de la libertad*, porque, en su concepto, la enfermedad mental reduce el libre despliegue de las posibilidades humanas. Acompañar a un paciente a liberarse del *pathos hegemónico* que le circunscribe y simplifica la vida, es labor difícil y exigente, que no siempre es posible, pero es una experiencia que da sentido y hondura existencial al trabajo del psiquiatra (33).

REFERENCIAS

1. Plinio, Historia Natural, XXVI, 6.
2. Jouanno C. La veine hypocondriaque dans la littérature grecque ancienne et byzantine. *Kentron*. 2002;18:117-141.
3. D'après J. Pigeaud, La cure d'ellébore impose le diagnostic de mélancolie (La Maladie de l'âme, 1981). *Les Belles Lettres*. Paris. 1981:126-127.
4. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. *Rev Occidente*. 1958.
5. Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em estudo*. 2005;10:471-477.
6. Rojas-Malpica C, De Lima MA, Eblen-Eblen-Zajjur A, Téllez-Pacheco P. Salud y Enfermedad Mental: del Corpus Hippocraticum a una aproximación termodinámica. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019;82(4):227-229. DOI: <https://doi.org/>
7. Dubois d'Amiens, F. História filosófica da hipocondria e da histeria (1833). *Rev Latinoam Psicopatol Fundamental*. 2012;15(2):359-363.

8. Gomes OC. A medicina no século XVII. As descobertas científicas. Os iatrofísicos e os iatroquímicos. Thomas Sydenham e o neo-hipocratismos seiscentista. *Rev História.* 1953;6(13):85-122.
9. Nemiah JC. Somatoform Disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III. Vol II.* Baltimore, London: Williams & Wilkins Company; 1980.p.1525-1543.
10. Burton R. Anatomía de la melancolía (1621). Titivillus. Epublilibre; 2023.
11. Wickens A. A history of the brain. From Stone Age Surgery to Modern Neuroscience. New York: Psychology Press; 1970.
12. Vélez Upegui M. Sobre la tragedia griega. *Araucaria. Rev Iberoam Filosof, Polít Human.* 2015;17(33):31-58.
13. Ayala RS. Aproximación a la tragedia griega. *Byzantion Nea Hellás.* 2002;(21):49-64.
14. Nietzsche F. El origen de la tragedia. Barcelona: Espasa Libros; 2013.
15. García Gual C. Del melancólico como atrabiliario. *Faventia.* 1984;6(1):41-50.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª edición. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
17. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018.
18. Rojas-Malpica C, De Lima-Salas MÁ, Mobilli-Rojas A. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una aproximación crítica a su quinta edición (DSM-5). *Gac Méd Caracas.* 2014;122(3):208-218.
19. Aubá E. DSM-5 y CIE-11: La deconstrucción de los trastornos somatomorfos. *Psicosom Psiquiat.* 2020;(12):13-16.
20. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping.* 2016;29(2):219-239.

21. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, et al. Somatic symptom disorder: A scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med.* 2022;52(4):632-636.
22. Levenson JL. Somatic symptom disorder: Epidemiology and clinical presentation. *Up To Date.* 2018. Disponible en <https://www.medilib.ir/uptodate/show/109552>.
23. Alonso-Fernández F. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual.* Tomo I. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1972.
24. Cotard J. Sobre o delirio hipocondríaco em uma forma grave de melancolia ansiosa. *Rev Tempo Freudiano.* 2006;7:205-211.
25. Wintrebert, Dominique. Hipocondría, entre creencia y certitud. *Vertex, Rev Arg Psiquiat.* 2009;20(85):221-227.
26. Parcet AA, Rivas MÁF. El miedo en el cerebro humano. *Mente y cerebro.* 2016;78:50-51.
27. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Hall WD, La Mantia AS, Mooney RD, et al., editors. *Neuroscience.* Sunderland, Massachusetts: Oxford University Press; 2018.
28. Trimble M. *Why humans like to cry? Tragedy, Evolution, and the Brain.* Oxford: Oxford University Press; 2012.
29. Morin E. *El pensamiento complejo.* Barcelona: Editorial Gedisa S.A.; 2003.
30. Mechanic D. The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med.* 1986;16(1):1-7.
31. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B, Quiñones-Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan.* 2012;12(2):134-143.
32. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* 1997;4(2):287-230.
33. Palem RM. The importance of the thought of Henri Ey (1900-1977). *Salud Mental.* 2009;32(3):259-262.