



El concepto de pseudoenfermedad.

The concept of non-disease.

DOI: 10.32870/sincronia.axxviii.n85.11a24

Juan Rokyi Reyes Juárez

Doctorado en Filosofía e Historia de las Ideas / Universidad Autónoma de Zacatecas (MÉXICO)

CE: juan.reyes@uaz.edu.mx / ID: [0000-0002-5259-6489](https://orcid.org/0000-0002-5259-6489)

Esta obra está bajo una licencia



Recibido: 27/10/2023

Revisado: 16/11/2023

Aprobado: 06/12/2023

Resumen

En filosofía de la medicina se conoce con el nombre de “pseudoenfermedades” la tendencia a patologizar problemas o aspectos normales de la vida diaria. En este texto reviso la definición propuesta por Smith (2002), su alcance histórico y su importancia contemporánea. Al final propongo una definición más completa de este proceso.

Palabras clave: Filosofía de la medicina. Pseudoenfermedad. Medicalización. Enfermedad.

Abstract

In philosophy of medicine, the tendency to pathologize problems or normal aspects of daily life is known as “non-disease.” In this text I review the definition proposed by Smith (2002), its historical scope and its contemporary importance. At the end I propose a more complete definition of this process.

Keywords: Philosophy of Medicine. Non-disease. Medicalization. Disease.



Introducción

Una pseudoenfermedad¹ es una falsa enfermedad. Es una característica o proceso humano que se clasifica como patológica sin serlo realmente. El *British Medical Journal* ofrece la siguiente definición de pseudoenfermedad: “proceso humano o problema que algunos han definido como un trastorno médico, pero en el cual una persona tendría mejor resultado si el problema o proceso no fuese catalogado de esta manera” (Smith, 2002, p 885, traducción del autor). Las causas de dicha postulación se pueden encontrar en la influencia de la industria farmacéutica, el consenso ideológico, las modas estéticas, el hedonismo o en la ambición personal de algunos investigadores. Algunas veces esta postulación alcanza cierta extensión y otras se circunscribe a un pequeño grupo.

En el artículo citado arriba se menciona una encuesta realizada en el año 2002 entre los lectores de dicha publicación acerca de las veinte pseudoenfermedades contemporáneas más populares. La lista es la siguiente y sirve para ilustrar qué tipo de condiciones son consideradas patológicas sin serlo realmente:

Las principales pseudoenfermedades (votadas por los lectores en bmj.com) en orden descendente de pseudoenfermedad:

- | | |
|------------------------|------------------------------------|
| 1 Envejecimiento | 11 Parto |
| 2 Trabajo (work) | 12 Alergia al siglo XXI |
| 3 Aburrimiento | 13 Descompensación horaria |
| 4 Bolsas bajo los ojos | 14 Infelicidad |
| 5 Ignorancia | 15 Celulitis o “piel de naranja” |
| 6 Calvicie | 16 Resaca |
| 7 Pecas | 17 Ansiedad por el tamaño del pene |
| 8 Orejas grandes | 18 Embarazo |

¹ La palabra “pseudoenfermedad” no se encuentra en el Diccionario de la Real Academia Española; sin embargo, éste sí registra el elemento compositivo “pseudo” que remite a “seudo” y cuyo significado es el de falso. En este texto, proponemos esta palabra como la traducción más adecuada del término inglés “non-disease”, pues nos parece expresa mejor la idea en castellano.



9 Canas

10 Fealdad

19 Furia en carretera (road rage)

20 Soledad

(Smith, 2002, p. 885, traducción del autor).

Si bien la lista es bastante heterogénea, no es difícil encontrar anuncios en “revistas de salud” o la televisión promoviendo alguna de las anteriores condiciones como poco saludables o patológicas. Nótese cómo muchas de estas pseudoenfermedades están vinculadas de manera negativa con un cierto modelo estético muy difundido en la actualidad: envejecimiento, bolsas bajo los ojos, calvicie, pecas, orejas grandes, canas, fealdad y celulitis. Por su parte: trabajo, aburrimiento, parto, infelicidad, resaca, ansiedad por el tamaño del pene y embarazo, son considerados problemas de salud por su valoración negativa desde un punto de vista hedonista. Así, estética y hedonismo son dos temas que aparecen vinculados al origen de muchas de estas pseudoenfermedades. Al respecto tiene mucho sentido lo que dice el médico Francisco González Crussí en su *Nuevo elogio de la calvicie*: “Una de las mayores locuras del hombre es crearse un ideal incongruente con las leyes naturales y pretender seguirlo a despecho de sus inherentes contradicciones” (González Crussí, 2011, p. 33). Y continúa diciendo en referencia a la creación de pseudoenfermedades:

Es este uno de los mayores problemas de la medicina actual: que no sabe poner límites a sus alcances. Nacemos en un hospital, y así morimos. Y en el curso de toda nuestra existencia, toda transición, todo episodio del natural devenir existencial se “medicaliza”: el niño activo y travieso sufre de “síndrome de hiperactividad”; el tímido necesita terapia y estimulantes; el triste requiere drogas antidepresivas; y el calvo decreta la opinión médica, no representa una digna y natural manera de ser, sino -implícitamente, sin comprometerse a declararlo abiertamente- un desorden biológico para el cual, gracias al progreso actual, ya hay tratamientos medicamentosos y quirúrgicos. (González, 2011, p. 34).



A partir del análisis del material recabado, he identificado tres características² que pueden servir para entender qué son las pseudoenfermedades: la falta de apoyo empírico, la promoción del poder económico o político de un grupo y el daño que recibe el paciente con dicha clasificación errónea.

En la exposición que sigue he tratado de separar los tres componentes por razones de claridad en la exposición, pero como se verá, los tres se encuentran íntimamente ligados. Además, el primero y el segundo componentes de la pseudoenfermedad parecen mostrar los vínculos entre el concepto de pseudoenfermedad y el concepto de ideología³. Para clarificar lo que quiero decir con ideología, me resulta de gran ayuda la definición de ideología que propone Villoro (1985). Villoro dice lo siguiente acerca del concepto de ideología:

Las creencias compartidas por un grupo social son ideológicas si y sólo si:

1. *No están suficientemente justificadas*; es decir, el conjunto de enunciados que las expresan no se funda en razones objetivamente suficientes.
2. *Cumplen la función social de promover el poder político de ese grupo*; es decir, la aceptación de los enunciados en que se expresan esas creencias favorece el logro o la conservación del poder de ese grupo (Villoro, 1985, p. 27, cursivas mías).

Como podrá verse, la pseudoenfermedad satisface estas dos condiciones, por lo que puede decirse que las pseudoenfermedades son un tipo de aplicación ideológica de un concepto científico, en este caso, del concepto de enfermedad. Es decir, *las pseudoenfermedades no son hechos del mundo sino construcciones o representaciones ideológicas*. Lo que dice Olivé (2007) acerca de representaciones ideológicas puede ayudarnos a aclarar esto:

² Estas características no deben entenderse como condiciones necesarias y suficientes de las pseudoenfermedades. Son notas que sirven para brindar una aproximación a su naturaleza.

³ El significado del término "ideología" es muy amplio en la actualidad. Para los fines que persigo, el concepto de ideología propuesto por Villoro resulta de una gran utilidad, pues permite distinguir entre conocimiento genuino e ideología. Para una discusión más detallada de este concepto véase el texto citado de Villoro, *El concepto de ideología*, así como Eagleton, 1995, *Ideología. Una introducción*, trad. Jorge Vigil Rubio, Barcelona, Paidós, 1997.



[...] las representaciones ideológicas sólo correlacionan actitudes y creencias con imágenes del mundo, pero no se relacionan con hechos ni con características de la ciencia que pudieran existir, aunque fueran sólo accesibles a un grupo social. Las representaciones ideológicas identifican al representante y al representado, pero éste no forma parte de la realidad, ni natural ni social. Es decir, en realidad no hay representado. (Olivé, 2007, p. 157).

Es decir, las pseudoenfermedades no son enfermedades auténticas sino una representación ideológica.

Aunque en la definición de Villoro el objetivo de la ideología es preservar el poder del grupo y este poder se entiende como poder político, en el caso de las pseudoenfermedades, no siempre se refiere al poder político sino, a veces, al poder económico, tal como veremos con más detalle adelante.

Falta de apoyo empírico

Entiendo el concepto de enfermedad según el modelo biomédico, una de cuyas formulaciones es la siguiente:

Incapacidad para realizar una o más funciones biológicas con eficiencia normal, acompañada de alteraciones perceptibles físicamente por medio de los sentidos educados del médico o sus extensiones tecnológicas, independientemente del testimonio del enfermo, con especificidad (cuando la posee) definida por cambios anatómicos y/o funcionales, así como por su etiología, sin juicios de valor y sin relación con el tiempo y el espacio en que ocurre. Es el objetivo del diagnóstico y del tratamiento y la información sobre ella crece gracias a la investigación médica. La enfermedad puede ser grave o trivial, sin que esto afecte su existencia (Pérez Tamayo, 1988, p. 235-236).

Así pues, cuando hablo de falta de apoyo empírico para considerar una determinada condición como patológica, a lo que me refiero es a que no hay suficiente apoyo en los experimentos ni



pruebas de laboratorio para considerar que se trata de una disfunción, que no hay ninguna función biológica que esté siendo afectada.

Lo que algunos investigadores hacen para promover que se clasifique una condición como patológica cuando no hay suficiente apoyo empírico para ello, es que tratan por todos los medios de evitar que se publiquen los resultados negativos o que no favorecen a sus intereses, y así mismo, publicar varias veces y con gran publicidad los resultados positivos o que los favorecen. En los párrafos siguientes se darán referencias de estos procedimientos.

Marcia Angell (2009) nos ofrece ejemplos de cómo la ambición personal ha provocado que algunos médicos empleen niveles de evidencia insuficientes, gracias a las generosas donaciones de los laboratorios farmacéuticos. Los tres casos abajo citados salieron a la luz pública a mediados del 2008 gracias a la investigación del senador de los Estados Unidos, Charles Grassley. Así mismo, los tres evidenciaron conflictos de intereses en los médicos, pues al mismo tiempo que eran empleados por las compañías farmacéuticas para promover sus productos, trabajaban en los laboratorios encargados de evaluar los productos de dichos laboratorios.

El primer caso es el del Dr. Joseph Biederman, profesor de psiquiatría en la Escuela de Medicina de Harvard. Su investigación permitió “diagnosticar” y tratar a niños de dos años de edad con trastorno bipolar, a pesar de que dicha condición patológica no parece justificada en niños tan jóvenes por el manual aceptado para tales diagnósticos, el DSM-IV, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana. La investigación de dicho senador, Charles Grassley, reveló que el Dr. Biederman recibió pagos como conferencista por un millón y medio de dólares entre 2000 y 2007. Por supuesto, entre dichas compañías que realizaron donaciones y pagaron dichas conferencias se encuentran aquellas que fabrican los medicamentos empleados para tratar el trastorno bipolar en niños de dos años, medicamentos que no han sido autorizados para tal propósito (*Cfr.* Angell, 2009). El segundo caso es el del Dr. Alan F. Schatzberg, profesor del Departamento de Psiquiatría de Stanford. Schatzberg recibió más de seis millones de dólares a través de la compañía Corcept Therapeutics. Dicha compañía está evaluando el uso de mifepistrone (un medicamento abortivo, mejor conocido como RU-486) como tratamiento para depresión psicótica. Al mismo tiempo



Schatzberg es también uno de los principales investigadores que están promoviendo el uso de ese medicamento para tratar esa condición (Cfr. Angell, 2009).

El tercer caso es el del Dr. Charles Nemeroff, profesor del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Emory. En este caso, el conflicto de intereses es aún más notorio, pues él es investigador del Instituto Nacional de Salud Mental y encargado de la evaluación de los medicamentos de GlaxoSmithKline, y al mismo tiempo recibe dinero de esta compañía por charlas para promover el uso de los medicamentos de ésta. Además, él recibió ingresos por 171,031 dólares y solo reportó 9,999 dólares (Cfr. Angell, 2009).

Promoción del poder de un grupo fuera de su contexto

Como se dijo líneas arriba, la promoción del poder de un grupo no se entiende sólo en el sentido de poder político sino también de poder económico. Los dos primeros casos que expongo son ejemplos que ilustran cómo el clasificar como patológica una condición humana puede servir para la preservación del *status quo*. Los siguientes dos casos ilustran la promoción del poder económico de las compañías farmacéuticas a través del consumismo de la salud y del llamado *shopping* de la salud.

Preservación del *status quo*

El primer caso es el de la drapetomanía⁴. En mayo de 1851, un médico originario de Virginia, S. A. Cartwright, publica en *The New Orleans Medical and Surgical Journal* un texto titulado “Informe sobre las enfermedades y peculiaridades de la raza negra”. En dicho texto se defiende la existencia de una enfermedad a la que el autor llama drapetomanía. Tal como lo aclara el autor, “drapetomanía” es una palabra que proviene del griego “δραπετης” que significa esclavo fugitivo, y “μανία” que significa locura, y que podríamos traducir como locura del esclavo fugitivo o locura de

⁴ El texto en el que me baso fue publicado originalmente en 1851 en *The New Orleans Medical and Surgical Journal*. Yo lo he consultado través de la compilación de Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., 1981, (ed.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley Publishing Company.



fuga. El autor trata de presentarse como una autoridad competente respecto de esta “enfermedad”, al afirmar que es originario de Virginia, donde según señala, hay muchos esclavos negros y los síntomas de esta “enfermedad” son bien conocidos por los dueños de las plantaciones y los capataces.

El apartado donde está expuesta la enfermedad se titula: “Drapetomanía, o la enfermedad que causa que los esclavos huyan”. Dice el autor: “La causa, en la mayoría de los casos, que induce al negro a escapar de la servidumbre es una enfermedad mental o algún otro tipo de alineación mental, curable por regla general” (Cartwright, 1851, p. 319, traducción del autor).

En dicho texto no se haya claramente por qué la drapetomanía es una enfermedad. Parece que la “justificación” tiene que ver con que se opone al orden dictado por Dios, según el cual los negros deben estar sometidos a servidumbre, según la interpretación que los esclavistas hacían del Pentateuco; pero no queda claro por qué esta conducta es considerada como una enfermedad y no como un vicio, un pecado o una ofensa moral. Lo más cercano a una justificación acerca del carácter patológico de la fuga es lo siguiente. El autor habla de una supuesta diferencia anatómica importante entre los negros y otras razas, que apoya la idea de la esclavitud como natural y por lo tanto de los intentos de fuga como antinaturales o patológicos: “En la conformación anatómica de sus rodillas vemos ‘rodilla flexible’ escrito en la estructura física de sus rodillas, siendo más flexible o plegable que en algún otro tipo de hombre” (Cartwright, 1851, p. 319).

Como se ha dicho, el principal síntoma de esta “enfermedad” consiste en los intentos de fuga protagonizados por los esclavos. Las causas de la enfermedad se encuentran en la excesiva familiaridad tenida con los esclavos y el exceso de crueldad.

La manera de curar la enfermedad consiste en no tratar a los esclavos como igual a los propietarios, evitar la crueldad con ellos, evitar la negligencia en protegerlos de los abusos de otros y evitar negarles lo necesario para la vida. Si se cumplen estas indicaciones, dice el autor del texto, la enfermedad se curará. Estas mismas indicaciones sirven para prevenir la enfermedad. Como puede verse, la drapetomanía no contaba con razones objetivamente suficientes para ser



considerada como enfermedad. Además, “[...] cumple la función social de promover el poder político de un grupo”.

El segundo caso es el de la masturbación. Antes del siglo XVIII la masturbación no era ampliamente aceptada como una enfermedad, pero la situación cambió a mediados de ese siglo, en parte debido al éxito de *Onania*, un libro aparecido de manera anónima en 1700 en los Países Bajos. La concepción de la masturbación como una enfermedad fue reforzada por la aparición de otros libros: en 1758 apareció el libro de Simon-André Tissot *Tentament de Morbis ex Manustupatrione*; a principios del siglo XIX apareció la traducción al inglés de este libro, de manera anónima: *Onanism*. (Cfr., Engelhardt, 1974, p. 269). Debido a la influencia de estos libros, la masturbación fue considerada de manera general como una peligrosa enfermedad que producía un espectro de serios signos y síntomas. En palabras de Engelhardt: “La ofensa moral de la masturbación fue transformada en una enfermedad con dimensiones somáticas y no sólo psicológicas” (Engelhardt, 1974, p. 267).

Una de las “justificaciones” de considerar la masturbación como una enfermedad es la creencia de que la actividad sexual es debilitante; pero que dicho debilitamiento es mayor en el caso de la masturbación. Dice Engelhardt (1974, p. 269): “Tissot sostenía que toda la actividad sexual era potencialmente debilitante y que la debilidad era simplemente más exagerada en el caso de la masturbación”. Este mayor perjuicio de la masturbación se debía a la naturaleza más subversiva de la masturbación respecto del coito, pues en éste último, el desgaste era “compensado por el magnetismo de la pareja”. (Engelhardt, 1974, p. 269). Y debido a que en la masturbación no se haya esta compensación, la masturbación resulta ser mucho más dañina que el coito.

Además de ser considerada una enfermedad en sí misma, también se le atribuía ser causa de muchas otras enfermedades, entre ellas de dispepsia, constricción de la uretra, ceguera, vértigo, pérdida del oído, dolor de cabeza, impotencia, pérdida de la memoria, arritmia cardiaca, pérdida general de la salud y de la fuerza, raquitismo, catarro crónico, conjuntivitis, entre otros. Se le atribuía además ser causa de disminución del tamaño del pene, elongación del clítoris y otros trastornos (Cfr. Engelhardt, 1974, p. 269).



Debido a que se le atribuía esta retahíla de daños, se consideró a la masturbación como una peligrosa enfermedad que debía ser combatida y tratada con energía, así que se hospitalizó a las personas enfermas de masturbación. Hacia finales del siglo XIX, el Hospital de la Caridad de Lousiana, por ejemplo, reporta la hospitalización de varios masturbadores, algunos de los cuales, según el mismo reporte, murieron *parece ser* debido a la enfermedad. Engelhardt nos da las siguientes cifras de hospitalización de masturbadores tomados de los registros anuales del Hospital de la Caridad de Lousiana:

En 1872, el reporte muestra que hay dos masturbadores hospitalizados, uno de los cuales fue dado de alta y el otro murió. El archivo de 1887 muestra que de los cinco masturbadores hospitalizados ese año, dos mejoraron, dos no mejoraron y uno murió. (Engelhard, 1974, p. 270).

Debido a la creencia en la gravedad de esta “enfermedad”, algunos de los tratamientos que se propusieron y practicaron para curar la masturbación fueron bastante drásticos e incluyeron la ablación del clítoris y la colocación de anillos en el prepucio para evitar la masturbación. Algunas veces también se recomendó la vasectomía o la castración, así como otros tratamientos destinados a causar dolor al momento de intentar la masturbación. Por su parte, el brownismo⁵ propuso como tratamiento para la masturbación el uso del opio.

La creencia en el carácter patológico de la masturbación llevó a Freud a considerarla como causante de un tipo de neurosis: la neurastenia⁶.

En estos dos casos se trata de un uso ideológico del concepto de enfermedad, pues nunca se ofrece una justificación objetivamente suficiente de porque la drapetomanía y la masturbación son

⁵ La palabra “brownismo” no aparece en el Diccionario de la Real Academia Española, sin embargo, tal término está en uso entre los historiadores de la medicina para referirse a la corriente iniciada por el médico escocés del siglo XVIII, John Brown. Según su doctrina, la vida no se mantiene más que por la excitabilidad; por su parte, las enfermedades son debidas a un exceso o a un defecto de esta excitabilidad.

⁶ La neurastenia era considerada por Freud como un tipo de neurosis que se caracterizaba por un cansancio, debilidad y agotamiento inexplicable. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima edición, también conocida como CIE-10, incluye dicha categoría como una entidad diagnóstica bajo el apartado “F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”.



enfermedades, es decir, falta apoyo empírico para tal afirmación. Además, clasificar la práctica de la masturbación y los intentos de fuga de los esclavos como una enfermedad, permitían organizar el combate de dichas prácticas, con lo que se preservaba la concepción decimonónica de la sexualidad y el sistema de producción esclavista. Es decir, mediante el combate de estas prácticas se preservaba el poder de los terratenientes esclavistas y de los burgueses decimonónicos.

Poder económico

Otro de los elementos que participan en la constitución de las pseudoenfermedades, quizá el más importante en la actualidad, es el consumismo y los intereses económicos de las compañías farmacéuticas. Tal como lo dice el Dr. Emilio la Rosa en su libro sobre la creación de nuevas patologías: “Asistimos actualmente a una tendencia cada vez mayor de creación corporativa de la enfermedad. Esto significa que la patología no nace como un proceso normal médico-científico, sino que emerge a través de procedimientos cuyas motivaciones son principalmente empresariales” (La Rosa, 1999, p. 91).

Para exponer este componente me valdré del historiador francés de la medicina George Vigarello. Dicho autor habla de una tendencia social a la que él llama “el óptimo bienestar”: esta tendencia es la expresión del consumismo dentro del área de la salud, pues la salud se vuelve un producto de consumo. Vigarello (1999) dice lo siguiente para caracterizar dicha tendencia:

Este nuevo mercado de la salud propone “siempre más”, extiende su territorio como ya lo había hecho el mercado de los bienes domésticos. Se impone una nueva expresión: “óptimo bienestar”. En los títulos de las revistas de salud podemos leer: “pruebe el placer de un óptimo bienestar”; aparece en los carteles publicitarios: “Para lograr un óptimo bienestar de su cuerpo y de su mente”; aparece en los títulos de los libros de regímenes “El óptimo bienestar en 1.000 preguntas”. La fórmula parece insignificante, sin gran ingenio, pero cambia profundamente los objetivos sanitarios (*sic*, Vigarello, 1999, p. 395).



“Proponer siempre más” se refiere a estar *más* delgado, tener *más* energía, aparentar ser *más* joven, tener piel *más* lizana, ser *más* competitivo, obtener *más* placer, ser *más* eficiente, es decir, ser *más* “saludable”. Esta tendencia del óptimo bienestar es uno de los componentes sociales que fomentan las pseudoenfermedades. En esta tendencia hay una fuerte dosis de hedonismo y de narcisismo, más que una auténtica preocupación por la salud. Dice Vigarello:

Empiezan a producirse cambios en la forma en la que se concretan las prácticas de salud. El tema del placer domina la retórica sanitaria: ‘debe elegir lo que le siente bien’, ‘este verano, despierte sus sentidos’, ‘combine placer y bienestar’. Evidentemente hay una influencia hedonista en esta insistencia en apostar por la ‘carta del bienestar’. (*sic*, Vigarello, 1999, p. 396).

Dado que la preocupación real es una preocupación hedonista disfrazada de preocupación por la salud, con frecuencia dicha tendencia cataloga como patológicas muchas condiciones sin mayor apoyo empírico para considerarlas como enfermedades que la mera apariencia de “saludable”. El ejemplo más elocuente al respecto es el de la delgadez. La delgadez es considerada por el consumismo de la salud como el paradigma de la salud, sin mayor apoyo empírico que su supuesto valor estético.

El hedonismo sumando a los intereses económicos, el consumismo y la “eficacia combativa” del óptimo bienestar fomentan que se consideren como patológicas, y por tanto que se mediquen un mayor número de condiciones, sean éstas realmente patológicas o no. “La salud, producto de consumo, genera también sus farmacologías incontroladas” (Vigarello, 1999, p. 400). Al respecto considérese la siguiente encuesta realizada en Francia.

El número de enfermedades declaradas por las personas encuestadas aumentó en más de un 75% entre 1970 y 1980, como puede apreciarse en dos cuestionarios idénticos planteados, con una diferencia de diez años, a un mismo grupo testigo: los encuestados declararon 37.637 enfermedades en 1970 y 60.058 en 1980. El aumento es significativo. Se pasa de 1,62 enfermedades declaradas por persona en 1970 a 2,28 en 1980. La cifra no tiene demasiada relación con las afecciones reales. Francia no está más enferma en 1980 que en



1970. Por el contrario, la expectativa de vida pasó, entre 1970 y 1980 de 76 a 79 para las mujeres, y de 68 a 71 años para los hombres (*sic*, Vigarello, 1999, p. 394).

“La salud se presenta como un estilo de vida, se vende, tal como ocurre actualmente con la mayoría de los hábitos cotidiano. *Shopping* de la salud” (*sic*, Vigarello, 1999, p. 395). Entre los productos de consumo de la salud que realmente no se asocian a ninguna condición patológica sino sólo al hedonismo, se encuentran muchos de los productos dietéticos, las bebidas energizantes, algunos de los complementos alimenticios, los fármacos para el mejoramiento del desempeño humano tales como sildenafil (también conocido por su nombre comercial de Viagra (*Cfr.* Conrad, 2007, sección segunda), productos para problemas de celulitis, calvicie, envejecimiento cutáneo, regímenes alimenticios, estrés, etc.

Es decir, muchos de los anuncios que promueven productos para rendir *más*, tener *más* energía, ser mejores.

Por supuesto aún subsisten ciertas zonas oscuras en estas prácticas consumistas, en las que el interés económico puede prevalecer. Por ejemplo, el uso del Duxil: se trata de un medicamento inicialmente concebido contra la insuficiencia circulatoria, comercializado como “oxígeno cerebral”, dosificado según niveles de gravedad que van de uno a cinco, pero poco tiempo después, a iniciativa de un director de marketing, el Duxil comenzó a venderse como una sustancia preventiva, sin que este efecto preventivo hubiese sido claramente demostrado. Una prevención no comprobada, pero que puede aumentar las cifras de venta (*sic*, Vigarello, 1999, p. 399).

Vigarello dice, además, lo siguiente: “La caída de los ideales trascendentes, políticos, morales o religiosos, aumenta la importancia de la conciencia corporal: sentirse mejor, agudizar la sensibilidad, no envejecer” (Vigarello, 1999, p. 396).

Esta tendencia del óptimo bienestar junto con los intereses económicos de los laboratorios induce a catalogar una mayor cantidad de condiciones como patológicas para poder medicarlas y



con ello generar mayores ingresos a las compañías farmacéuticas. Tal como se ha dicho ya, uno de los mejores ejemplos de dicha concepción es la delgadez como expresión de salud.

Daño a los pacientes

Recordemos que según la definición de pseudoenfermedad propuesta por el *British Medical Journal*, “[...] una persona tendría mejor resultado si el problema o proceso no fuese catalogado de esta manera” (Smith, 2002, p. 885). Es decir, “[...] [a]lgunas enfermedades conllevan un inevitable estigma, que quizá crea muchos más problemas que la condición por sí misma” (Smith, 2002: 884).

Un ejemplo contemporáneo de este estigma debido a una supuesta enfermedad puede hallarse en la publicidad en torno a la obesidad: “Actualmente se considera al sobrepeso y la obesidad como uno de los principales problemas de salud, ya que de cada 10 adultos mayores, 7 tienen sobrepeso u obesidad”⁷. Para diagnosticar ambas patologías, según dicha publicidad, basta con realizar una medición alrededor de la cintura al nivel del ombligo. La categoría de sobrepeso se entiende como una medida de la cintura al nivel del ombligo “de 80 a 87.9 cm. en la mujer y 94 a 101.9 cm. en el hombre”⁸. Y la obesidad, como “de 88 cm. o más en la mujer y 102 cm. o más en el hombre”⁹.

En dicha publicidad, se suma a la ya de por sí extendida opinión de la delgadez como símbolo de estatus y como un bien por sí mismo, la opinión “médica” según la cual una cintura al nivel del ombligo de más de 80 en la mujer y más de 94 cm. en el hombre es una entidad patológica. Con lo que al asunto “estético” de no tener una figura bella, se suma el estigma “médico” por el carácter “patológico” del sobrepeso. Muchas de las personas que se someten a dietas para poder eliminar su

⁷ Cita tomada de la publicidad oficial del IMSS (México) presente en la página: <http://www.imss.gob.mx/salud/Nutricion/cuandobuscar.htm>, fecha de consulta, 17 de junio de 2009.

⁸ Cita tomada de la publicidad oficial del IMSS (México) presente en la página: http://www.imss.gob.mx/salud/Nutricion/Circunferencia_cintura.htm, fecha de consulta, 17 de junio de 2009.

⁹ Cita tomada de la publicidad oficial del IMSS (México) presente en la página: http://www.imss.gob.mx/salud/Nutricion/Circunferencia_cintura.htm, fecha de consulta, 17 de junio de 2009.



“enfermedad” podrían estar mejor si no fuera por la presión social justificada en el supuesto carácter patológico de una cintura mayor a 80 o 94 centímetros.

Conviene hacer notar, además, que en dicha publicidad algunas veces esta condición es considerada como factor de riesgo para padecer enfermedades, y otras, sin más, como un problema de salud en sí mismo, como una enfermedad. Es decir, hay una confusión entre factores de riesgo y enfermedades en sí mismas. Otro ejemplo de este daño ocasionado por la clasificación de una condición como enfermedad se ofrece en el mismo artículo citado del *British Medical Journal*:

Considérese el caso el alcoholismo, un diagnóstico arduamente cuestionado. Quizá es mejor ser “un alcohólico” que un borracho moralmente reprensible. Pero ¿es útil pensarse a sí mismo como “impotente ante el alcohol”, y explicar los problemas por fallos en los genes o cuerpo químico? Eso puede conducir a un aprendizaje y permitir la impotencia (Smith, 2002, p. 884, traducción del autor).

En este caso, al etiquetar a alguien como alcohólico, como un enfermo, se está evadiendo el tema de la responsabilidad del sujeto, y con ello, se está contribuyendo a que el sujeto se considere a sí mismo como impotente ante el alcohol, con lo que el sujeto obtendría una justificación de sus acciones.

Considérese además uno de los casos vistos anteriormente: la masturbación. Los sujetos hospitalizados por masturbadores estarían mucho mejor sin esta clasificación, y, por ende, sin la hospitalización. Lo mismo puede decirse de otra pseudoenfermedad: la homosexualidad. Los sujetos sometidos a tratamientos para “curar” su enfermedad estarían mucho mejor sin el estigma que conlleva la clasificación de la homosexualidad como una enfermedad y sin los agresivos tratamientos para “curarla”.

Dos aclaraciones son además incluidas en este texto:

[...] no sugerimos que el sufrimiento de la gente con una pseudoenfermedad no es genuino. El sufrimiento de muchos con una pseudoenfermedad puede ser mucho más grande que el de aquellos con una bien reconocida enfermedad. Considérese el sufrimiento que puede venir del duelo, la soledad o el despido. (Smith, p. 2002 p. 885, traducción propia).



Hablando de la lista de las veinte pseudoenfermedades que presentamos páginas atrás, el autor dice lo siguiente: “La lista completa es interesante, y me sorprendió que podemos generar muchas pseudoenfermedades. Algunas de estas pseudoenfermedades ya aparecen en las clasificaciones oficiales de las enfermedades, y quizá aquellas que no aparecen actualmente aparecerán pronto” (Smith, 2002, p. 885).

La crítica del autor pretende lo siguiente: queremos “[...] llamar la atención sobre la creciente tendencia a clasificar los problemas de las personas como enfermedades” (Smith, 2002, p. 883). La tendencia de clasificar los problemas de las personas (soledad, infelicidad, etc.) de la que habla el autor fue revisada páginas atrás cuando tocamos el tema del “óptimo bienestar”, pues, como se dijo, dicha tendencia tiene como consecuencia considerar como patológicas múltiples condiciones humanas sólo por no ser lo suficientemente placenteras o estéticas. Otro de los factores que intervienen en esta tendencia es el interés económico de los laboratorios farmacéutico.

Modificaciones al concepto de “pseudoenfermedad”

En resumen, a partir de todo lo dicho anteriormente, podríamos proponer una ampliación del concepto de pseudoenfermedad. En la definición de la que partimos, se entendía como “[...] proceso humano o problema que algunos han definido como un trastorno médico, pero en el cual una persona tendría mejor resultado si el problema o proceso no fuese catalogado de esta manera” (Smith, 2002, p. 885). Esta definición es más comprensiva y explica más procesos si incluimos que dicha postulación cumple la función ideológica de promover el poder político o económico de algún grupo.



A partir de lo dicho anteriormente, proponemos la siguiente manera de entender el concepto de pseudoenfermedad. La postulación de una condición como patológica es una pseudoenfermedad, es decir, no se justifica la aplicación del concepto de enfermedad, cuando¹⁰:

1. No se funda en razones objetivamente suficientes, es decir, no hay ninguna disfunción presente.
2. Cumple la función social de promover el poder político o económico de algún grupo fuera de su contexto; es decir, *la clasificación de una condición humana como enfermedad favorece el logro o la conservación del poder político o económico de un grupo fuera de su contexto* [paráfrasis de las condiciones dadas por Villoro (1985, p. 27) para la definición de ideología. La parte en cursivas es agregado propio].
3. La “persona tendría mejor resultado si el problema o proceso no fuese catalogado de esta manera” (Smith, 2002, p. 885).

Referencias

- Angell, M., (2009). “Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption” en *The New York Review of Books*, volumen 56, número 1, 15 de enero de 2009.
- Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., (1981). (ed.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Cartwright, S., (1851). “Report of the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race”, en Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., 1981, (ed).
- Eagleton, (1995). *Ideología. Una introducción*, (trad., Jorge Vigil,) Barcelona, Paidós.
- Engelhardt, H.T., (1974). “The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease”, en Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., (1981), (ed).

¹⁰ Tal como ya se dijo, deseamos resaltar que los siguientes tres puntos no son condiciones necesarias o suficientes, sino que se proponen como criterios o notas para identificar las pseudoenfermedades.



- González Crussí, F., (2011). "Nuevo elogio de la calvicie" en Letras Libres, Febrero 2011, México, p. 28-34.
- Lane, C., (2007). Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness, New Haven y Londres, Yale University Press.
- La Rosa, E., (2009). La fabricación de nuevas patologías. De la salud a la enfermedad, México-Perú, FCE.
- Olivé, L. (2007). La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento. Ética, política y epistemología, México, FCE.
- Pérez-Rincón, H., (2011). "Defensa e ilustración de la psiquiatría" en Salud Mental, Vol. 34, número 6, noviembre-diciembre 2011, México, p. 473-480.
- Pérez Tamayo, R., (1988). El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomos I y II. México, FCE.
- Smith, R., (2002). "In search of 'non-disease' ", en British Medical Journal, volumen 324, 13 de abril de 2002, p. 883 - 885.
- Vigarello, G., (1999). Lo sano y malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días, (trad. Analía Martínez), Madrid, Abada editores, 2006.