



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

¿Qué es la enfermedad?

Un análisis filosófico del concepto biomédico de la enfermedad

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

DOCTOR EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

P R E S E N T A:

Juan Rokyi Reyes Juárez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. León Olivé Morett

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS

México, D. F.

marzo de 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

¿Qué es la enfermedad?

Un análisis filosófico del concepto biomédico de la enfermedad

TESIS DOCTORAL

JUAN ROKYI REYES JUÁREZ

DIRECTOR DE TESIS:

LEÓN OLIVÉ MORETT

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Teresa y Guillermo, por la tierra y por el sol...

A mi familia: Kora, Jesús, Kora chiquita, Gabriela...

Quiero agradecer a mi director de Tesis, el Dr. León Olivé Morett por su invaluable apoyo para la realización de esta tesis, así como a los miembros de mi comité tutorial: Dr. Ruy Pérez Tamayo y Dra. Ana Rosa Pérez Ransanz por su paciencia, su incansable trabajo y sus enseñanzas. Así mismo al Dr. José Luis Díaz y al Dr. Fernando Martínez Cortés por leerme con tanto cuidado, paciencia y rapidez.

¿Cómo agradecerles, amigos, milagro extraño en mi extraña vida? Sólo puedo poner aquí su nombre para decirles que en mi soledad ustedes han sido la luz que me ha mantenido ligado a la realidad: Jorge Ornelas, Yuri Pascasio, Aymer Granados, Ana Laura Fonseca, Héctor Chapa, Laura Pérez, Juan José Romero, Gaby Malinka, Ricardo Sandoval, Mariana Salcedo, David Fajardo, Ximena González, Marcelo Sada, Tere Vernstein, Gerardo Martínez, Sylvia Benítez, Ernesto González, Sandra Ramírez, León ter Schure, Andrea Lozano, Cedric Cano, Daniel de la Rosa, Alejandra Medina, Catalina Pereda, Moisés Vaca...

Mi agradecimiento al CONACYT por el apoyo que me otorgó para realizar mis estudios de doctorado.

Índice

Introducción

1. Capítulo primero. Conceptos no científicos de la enfermedad

1. 1. El concepto mágico-religioso de la enfermedad

1. 1.1. El sida como castigo por el pecado

1.1.2. La concepción natural de la enfermedad

1.2. Concepto homeopático

1. 2. 1. Problemas del concepto homeopático de la enfermedad

1.3. Conceptos heterodoxos de la enfermedad

1.4. Conceptos de sentido común de la salud y la enfermedad

2. Capítulo segundo. Concepto biomédico

2.1. Cambios anatómicos o funcionales

2.2. Distinción objetivo/subjetivo

2.3. La célula como el sitio de la enfermedad

2. 4. La fisiología como fundamento

2.5. Una definición del concepto biomédico

3. Capítulo tercero. Descripción bioestadística del concepto biomédico

3.1. Conceptos teórico y práctico

3.2. Concepto bioestadístico

3.3. Algunas características del concepto bioestadístico

- 3.3.1. Naturalista
- 3.3.2. No reduccionista
- 3.3.3. Analítico
- 3.3.4. Descriptivo
- 3.4. Ventajas de su análisis
 - 3.4.1. Objetivismo
 - 3.4.2. Vinculación con otros seres vivos
 - 3.4.3. Cientificidad
- 3.5. Concepto biomédico del sida
- 3.6. Problemas
 - 3.6.1. Desordenes estructurales
 - 3.6.2. Patologías universales
 - 3.6.3. Otros problemas

4. Capítulo cuarto. Conceptos de corte clínico

- 4.1. Canguilhem
 - 4.1.1. Problemas de la propuesta de Canguilhem
- 4.2. Engel
- 4.3. Biopsicosocial
 - 4.3.1. La persona
 - 4.3.2. El padecimiento
 - 4.3.3. La entrevista clínica

4.3.4. Complementariedad

4.4. El sida desde el enfoque biopsicosocial

4.5. Dos dificultades

5. Capítulo quinto. El concepto de pseudoenfermedad

5. 1. Falta de apoyo empírico

5. 2. Promoción del poder de un grupo fuera de su contexto

5.2.1. Preservación del *status quo*

5.2.2. Poder económico

5.3. Daño a los pacientes

6. Capítulo sexto. Pluralismo

6.1. Realismo

6.1.1. Realismo metafísico

6.1.2. Realismo interno

6.2. Relativismo

6.3. Constructivismo

6.3.1. Constructivismo devastador

6.3.2. Constructivismo no devastador

6.4. Pluralismo

6.4.1. El constructivismo pluralista de Olivé

6.5. Primer criterio: el mundo

- 6.5.1. La preexistencia de las enfermedades
- 6.5.2. La enfermedad a través de diferentes culturas
- 6.5.3. Enfermedad y esquemas conceptuales
- 6.6. Segundo criterio: el paciente

7. Capítulo séptimo. Articulación de los conceptos de la enfermedad

- 7.1. Enfoque multinivel de la enfermedad
- 7.2. Prioridad del concepto biomédico
- 7.3. Conceptos ideológicos y no científicos
 - 7.3.1. Mágico-religioso
 - 7.3.2. Homeopático
 - 7.3.3. Conceptos heterodoxos
 - 7.3.4. Las pseudoenfermedades
- 7.4. Concepto de sentido común
 - 7.4.1. Un concepto de sentido común
- 7.5. Conceptos de corte clínico
 - 7.5.1. La concepción de Canguilhem
 - 7.5.2. Concepto biopsicosocial
- 7.6. Pluralismo

Introducción

En filosofía de la medicina, una de las cuestiones centrales, sino es la que más, consiste en responder la pregunta: ¿Qué es la enfermedad? La respuesta a esta cuestión teórica central permitiría responder otras preguntas concretas y prácticas acerca de procesos y características humanas: ¿Es la timidez una enfermedad? ¿Lo es la masturbación? ¿La obesidad es una enfermedad? ¿Toda enfermedad es algo indeseable? ¿La causa de la enfermedad es, como pregonan religiosamente tantas personas, un efecto de pensamientos negativos?

Sin una respuesta satisfactoria a la primera pregunta, las otras cuestiones, que dependen de aquella, quedan oscuras o sin una solución que pueda considerarse objetiva, justificada o científica. Y por ello mismo, que pueda servir de base para la práctica humana (y para algunas cuestiones esenciales de la vida social). En parte por esto y también por los efectos jurídicos y políticos que resultan de la primera respuesta, resulta primordial esa cuestión. Por ejemplo: ¿los sistemas de seguridad social deben gastar dinero en atender la calvicie, las bolsas bajo los ojos o las cirugías estéticas dentro de sus tratamientos?

Debido al carácter tan vital de esta pregunta, las respuestas que se le han dado provienen de múltiples sociedades, épocas y estilos de pensamiento. Las respuestas más antiguas, por ejemplo, provienen de estilos de pensamiento mágico-religioso, de la antigua

Asiria y del no más reciente Egipto. Para ellos, la enfermedad es un castigo de los dioses (o diosas). Sin embargo, esta respuesta no satisface ya nuestros estándares de lo correcto.

Muchos siglos después de responder de esta manera, cuando la medicina se volvió científica, se respondió a esta pregunta a partir de la noción de lesión física de un tejido, nacida dentro del programa anatomoclínico. A partir de esta noción emergió el concepto actualmente dominante de la enfermedad, conocido con el nombre de biomédico. Si bien algunas raíces de dicho concepto de la enfermedad pueden rastrearse hasta el siglo XVII¹ o incluso antes, es hasta el siglo XIX que dicho concepto, nacido principalmente de la patología, se desarrolla claramente, se vuelve hegemónico y pervive hasta nuestros días..

A pesar de su formidable éxito en la terapéutica de múltiples enfermedades, de su amplia aplicación en muchos aspectos de la vida cotidiana (sobre todo en lo que se refiere a enfermedades infecto-contagiosas y de higiene), de su explicación científica de los procesos morbosos y de muchos otros beneficios de este concepto, no carece de críticos y de competidores.

Las críticas provienen de distintos flancos y poseen muy diverso grado de interés: las hay desde las provenientes del médico formado en el modelo biopsicosocial, hasta las del terapeuta “alternativo” pasando por toda clase de teóricos. Algunos médicos llegan incluso a hablar de la gestación de un nuevo paradigma médico: “Hace ya años Thomas Kuhn puso de moda el término paradigma, en su explicación de los cambios revolucionarios que han experimentado las ciencias [...] Aplicando estas ideas al ejercicio de la medicina, diremos que desde las últimas décadas del siglo XX se ha venido gestando

¹Si deseáramos ser exhaustivos en la búsqueda de antecedentes, podríamos decir que la idea naturalista de Hipócrates plasmada en *Sobre la enfermedad sagrada* sería uno de los primeros antecedentes del concepto biomédico.

un cambio de paradigma y una nueva situación del modelo biológico-lesional de enfermedad”. (Martínez Cortés, 2001: 34).

El concepto biomédico, en tanto que concepto científico, debe estar expuesto a la revisión, a la corrección y a la mejoría. El avance de la ciencia requiere de este proceso crítico. Sin embargo, algunas de las críticas, lejos de contribuir al avance de la ciencia médica podrían implicar un retroceso, pues están basadas en concepciones mágico-religiosas de la enfermedad o en conceptos superados hace mucho tiempo, tales como las medicinas heterodoxas. Tal como lo dice Pérez Tamayo(1988: 233): “La literatura contemporánea está repleta de críticas al concepto biomédico o ‘biologista’ de enfermedad; de hecho, es mucho más fácil tropezarse con protestas airadas y análisis negativos de este concepto que con enunciados claros y objetivos de su contenido, sus alcances y sus limitaciones”.

Estoy completamente de acuerdo en que abundan las críticas y faltan las formulaciones. En este sentido, uno de los objetivos de este trabajo es ofrecer una caracterización del concepto biomédico de la enfermedad que sirva para su defensa. Esta defensa que podría basarse en la utilidad de dicho concepto para la crítica de las pseudoenfermedades, es decir, para la crítica del abuso consistente en considerar como patológicos muchos procesos humanos hasta hace poco considerados normales, sin una explicación cabal del proceso morboso; así mismo en su enorme utilidad en el tratamiento de enfermedades como el sida.

Una de las primeras observaciones sobre el concepto biomédico de la enfermedad es que en realidad parece tratarse de varios conceptos. Por un lado, estaría “el concepto biomédico estricto, de nosología precisa y rigurosa (con reminiscencias ontológicas) que

ignora o minimiza los juicios de valor y los aspectos normativos de la enfermedad” (Pérez Tamayo, 1988: 243). Por el otro lado estaría el concepto definido por Boorse y al que dedicaré la mayor parte de mi análisis. En un tercer lugar estaría también el concepto biomédico de las grandes compañías farmacéuticas. Tanto el concepto estricto como el concepto de las compañías farmacéuticas parecen ser formas extremas, las formas más radicales, sin embargo, distinguir estas tres formas podría servir para responder algunas críticas.

En los años sesenta del siglo XX varias voces acusaron que el concepto biomédico resultaba insuficiente y propusieron otra idea de corte clínico. Uno de los nombres que se dio a esta respuesta era el nombre de biopsicosocial por su insistencia en que la enfermedad era un fenómeno que abarcaba una dimensión social, otra psicológica, y no sólo biológica. Una década después, Boorse (1975) ofreció una de las caracterizaciones más influyentes y que más se han discutido de la noción biomédica. Su objetivo era describir y clarificar el uso que el término “enfermedad” tenía dentro de la medicina. Pero no cualquier uso, sino el que él consideraba como central, el uso que dentro de la patología se hacía de éste. Es decir, una descripción del concepto biomédico de la enfermedad nacido de la disciplina dedicada a su estudio: la patología.

En las últimas décadas del siglo pasado apareció con claridad una concepción de la enfermedad que la conceptualizaba como una cierta falta de “excelencia”. Enfermedad, para esta concepción era la celulitis, la timidez, la piel no suficientemente lozana, la falta de apariencia de saludable, el sobrepeso y otras. Además de la proliferación de prácticas médicas autodenominadas “alternativas” o “paralelas”.

Dado este contexto enorme de proliferación de prácticas médicas² y de críticas provenientes desde todos los flancos³ en contra del concepto biomédico, este trabajo puede entenderse como una respuesta a las dos siguientes preguntas:

1. ¿Qué es lo que afirma el concepto biomédico? Es necesario decir que no pretendo ofrecer una formulación en términos de condiciones necesarias y suficientes. Tal como Olivé y otros autores han demostrado, la búsqueda de este tipo de criterios de demarcación ha fracasado.⁴
2. ¿Cuál es la relación entre los distintos conceptos de la enfermedad? Atemorizados por la enorme diversidad y las dificultades conceptuales, podríamos asumir una posición relativista respecto de este problema y defender que cualquier concepto de la enfermedad es aceptable. Sin embargo, para asuntos prácticos esta vía resulta inaceptable pues deja la pregunta central: ¿qué es la enfermedad? sin respuesta: la enfermedad es cualquier cosa.

2La literatura a este respecto es vasta, pero un texto que resulta particularmente interesante dada la importancia de su autor, es Roy Porter, *Medicina. La historia de la curación*, donde se ofrece una visión de la medicina oriental y occidental que otorga una gran importancia a las terapias alternativas y desde un enfoque pluralista. En general, se tiende a presentar el CBM como la medicina occidental cuyos límites serían los de la cultura occidental, contrapuesto a otros tipos de prácticas médicas, sin prestar mucho cuidado en las diferencias epistémicas entre las diversas prácticas médicas orientales-

3Como se dijo arriba, la crítica constituye un aspecto muy importante del desarrollo de las ciencias. En este sentido, la crítica es algo deseable, pero algunas veces, esta crítica no tiene en cuenta los aspectos epistémicos del conocimiento, sino sólo los sociopolíticos.

4A este respecto, véase Olivé L., (2000), *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós- UNAM. En particular el capítulo segundo, donde revisa el problema de la demarcación entre ciencia y pseudociencia.

Respecto a la primera pregunta, la respuesta que ofrezco en este trabajo está basada en la concepción pluralista de la ciencia desarrollada por Olivé. En la aplicación que hago de las ideas de este autor, se puede decir que el concepto biomédico sigue siendo la mejor respuesta hasta la fecha, aunque habrá que reconocer que el concepto no carece de problemas.

Respecto de la segunda pregunta podemos decir lo siguiente. El concepto biomédico, tal como lo ha demostrado la historia y la ciencia misma, es la mejor respuesta a la naturaleza de la enfermedad. En este trabajo asumimos que la mejor respuesta científica dada hasta ahora a dicha pregunta es la biomédica, pero que en contextos clínicos el concepto biopsicosocial puede ser aceptable. En este sentido, asumimos una respuesta pluralista a dicha pregunta basada en la idea de que en contextos clínicos específicos, más allá de los niveles científicos o de investigación, podría ser aceptable emplear el concepto de corte clínico. Sin embargo, para ser realmente pluralistas y evitar el error del relativismo, deberíamos proponer criterios que nos permitieran elegir entre conceptos.

Para que dicho esfuerzo pueda ser realmente pluralista es necesario articularla en torno a la siguiente cuestión: ¿Qué criterios emplear para decir que un concepto de la enfermedad es aceptable? Creo que podemos emplear dos tipos de criterios: su objetividad (cientificidad) entendida en este caso como qué tantas razones tenemos para pensar que capturan el mundo real, y en un segundo momento, pero no por ello menos importante, sus efectos sobre los pacientes.

Dicho todo lo anterior presentaré brevemente cuál es el desarrollo de este trabajo. El texto está dividido en siete capítulos. El primero está dedicado a revisar los conceptos de enfermedad no científicos y de sentido común: el mágico-religioso, el homeopático, los

heterodoxos y los de sentido común. De manera muy breve se presentan algunos de los problemas de estos conceptos de la enfermedad. Y se verá cómo los tres primeros de estos conceptos no satisfacen los criterios que pedimos para una definición aceptable de la enfermedad.

El segundo capítulo presenta una revisión acerca de la formación del concepto biomédico de la enfermedad y de sus principales características. Se revisan las ideas de Bichat acerca de la enfermedad como lesión de un tejido, las de Corvisart acerca de la separación entre los signos y los síntomas, las de Virchow acerca de la célula como sitio de la enfermedad, y por último las de Claude Bernard acerca de que el estudio de la enfermedad tiene como fundamento la fisiología.

El capítulo tercero presenta la formulación bioestadística del concepto biomédico que hace Boorse. El concepto biomédico domina la medicina, pero ¿cuál es exactamente este concepto? ¿Cuál es su contenido? ¿Qué es lo que realmente afirma, de acuerdo a Boorse? Se revisan sus ventajas y algunos de sus problemas. Dado que Boorse define la enfermedad como un tipo de disfunción biológica, mucho del peso del concepto de enfermedad recae sobre el concepto de función biológica. Así que dedico un apartado a revisar el concepto de función biológica.

El cuarto capítulo se dedica a revisar los conceptos de corte clínico y las críticas que desde este concepto se han realizado al concepto biomédico. Como es bien sabido, dichas críticas pueden resumirse en las acusaciones de que el concepto biomédico es reduccionista, deshumanizado e incompleto. Así como con la idea de que el padecimiento debería ser parte de la enfermedad. Al final de este capítulo se ofrece un intento de respuesta a dichas críticas.

El capítulo quinto está dedicado a revisar las pseudoenfermedades, es decir, los procesos o características humanas normales, pero que por motivos ideológicos o de otra clase es considerada como patológica. Se ofrecen algunos criterios para identificar las pseudoenfermedades, basados en la idea de Boorse de los estados subóptimos.⁵

El capítulo sexto está dedicado a las propuestas de pluralismo científico. Se revisan las ideas de Olivé acerca del pluralismo en la ciencia y qué ventajas presenta esta concepción para aplicarla a responder la segunda de las preguntas que se formularon arriba. Es decir: ¿qué relación guarda el concepto biomédico con otros conceptos de la enfermedad?

Por último, el capítulo séptimo está dedicado a aplicar de manera más detallada las ideas presentadas en el capítulo anterior para articular los distintos conceptos de la enfermedad. La posición que se adopta respecto de este problema es un tipo de realismo como el formulado por Olivé (1999 y 2007). Es decir, un tipo de realismo que permita dar cuenta de la existencia de la enfermedad y al mismo tiempo de sus condicionamientos culturales. Una de las intuiciones de este trabajo es que se trata de un proceso real, existente en el mundo y no sólo un invento. Sin embargo, “real”, “mundo” y “existente” se entienden de una manera que puedan dar cuenta de las actuales discusiones en Filosofía de la Ciencia acerca de realismo y pluralismo.

⁵La palabra “subóptimo” no aparece en el diccionario de la Real Academia Española. La he tomado de la traducción del libro de Giroux, E., 2010, trad. De José V. Bonilla, *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*, Bogotá, Universidad Externado, Ambassade de France en Colombie, Universidad del Bosque, Universidad del Valle, 2011, y la he dejado así porque considero que a pesar de no aparecer en el diccionario, está construida como otras palabras castellanas correctas: “subdesarrollo”, “subnormal” y otras, además de que expresa la idea de Boorse de estar por debajo de lo óptimo, sin ser pésimo ni mediocre.

Capítulo 1. Conceptos no científicos⁶ de la enfermedad

INTRODUCCIÓN

Antes de que apareciera la ciencia, los seres humanos se habían enfrentado ya a la enfermedad. Y para tratar de comprender este fenómeno tuvieron que hacerlo con los recursos conceptuales y técnicos de los que disponían, la mayoría de las veces de origen mágico o religioso. Así que los primeros conceptos de la enfermedad⁷ surgen dentro de este estilo de pensamiento y responden a éste. Por esta razón distan mucho de presentar los elementos que nosotros consideraríamos científicos. Sin embargo resultan de interés, pues a pesar de su antigüedad se encuentran aún presentes en nuestras sociedades modernas y su influencia sigue marcando la apreciación social de muchas enfermedades. Este es el primero de los conceptos que trataremos en este capítulo.

⁶Tal como dice Olivé 2000, hay contextos en los que no tiene sentido preguntarse sobre la científicidad o no de una teoría sino sobre su justificación; pero hay otros en los que la pregunta sí tiene sentido y no incurre en un uso ideológico del concepto de ciencia. Este es uno de esos contextos donde merece la pena establecer dicha distinción entre teorías científicas y no científicas.

⁷Para una revisión de algunos de estos conceptos véase: Porter, R., 2002, *Breve historia de la medicina. Las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*, México, Taurus, 2004 y del mismo autor, 1997, *Medicina, la historia de la curación. De las prácticas antiguas a las prácticas modernas*, España, Lisma.

En parte como respuesta a la crisis de la medicina galénica que presentaba múltiples anomalías, desde finales del siglo XVII, aparecieron sistemas médicos que competían con ésta, uno de los cuales, a pesar de su falta de apoyo empírico, pervive hasta nuestros días, ello se debió por un lado a su poca agresividad terapéutica y en parte también debido a causas sociales que aún no comprendemos del todo. Me refiero al sistema médico homeopático, el segundo de los conceptos que revisaremos.

Una vez que la medicina científica empezó a conquistar triunfos en el siglo XIX y se volvió hegemónica, en parte como efecto de la costumbre y de una marea residual que no por poco probada abandona sus simples hábitos centenarios, las viejas ideas médicas continuaron atrayendo adeptos. En el siglo XX, como efecto de la contracultura, de la *new age* y de otros movimientos sociales, estos viejos conceptos médicos generaron sus propios sistemas terapéuticos, las así llamadas “medicinas alternativas”, que en este capítulo serán renombradas más apropiadamente como conceptos heterodoxos⁸ de la enfermedad. En un intento de legitimarse, estas prácticas han tratado de presentarse como alternativos o de plano como complementarios, sin serlo realmente. Este concepto será el tercero de los que revisaremos.

Además de estos tres conceptos no científicos, existe también un concepto de sentido común de la enfermedad, o representación social de la enfermedad, a la cual estará dedicado la cuarta sección de este capítulo.

⁸Hay muchas maneras de llamar a este tipo de prácticas, y generalmente los nombres reflejan la valoración que se tiene de éstas, así por ejemplo se encuentran los términos positivos: “medicina alternativa”, “medicina complementaria” o el bastante neutros: “medicina paralela”. También existe otro término, el que pone el acento en el aspecto del poder y que las llama simplemente: “medicinas heterodoxas”. Yo preferí este último, por su evocación clara de desviación de la ortodoxia científica.

1.1. EL CONCEPTO MÁGICO-RELIGIOSO DE LA ENFERMEDAD

El concepto mágico-religioso⁹ de la enfermedad sostiene que ésta es un castigo, ya sea de los dioses, de un brujo o de otro tipo de poder sobrenatural. Por esta razón, la enfermedad está asociada con las transgresiones de tabúes, de normas sociales o del comportamiento que una sociedad considera como moralmente aceptables. Es decir, este concepto está íntimamente ligado al estigma social debido a su carácter de violación de los mandatos divinos o morales. Este concepto es el más antiguo de todos, y puede verse claramente su presencia en el poema de Gilgamesh (donde la muerte del héroe Enkidú es un castigo de los dioses por haber matado al toro del cielo), en los papiros egipcios médicos más antiguos, en la Biblia (donde la curación de las enfermedades sobreviene después de que el pecador ha ayunado, hecho penitencia, vestido de saco y se ha llenado la cabeza de ceniza), en la Iliada (donde las flechas del dios Apolo castigan a los aqueos causándoles una peste), así como en innumerables textos de la antigüedad.

De acuerdo a Pérez Tamayo (1997: 235-236), las principales características del concepto mágico-religioso de la enfermedad son las siguientes:

⁹Por motivos de la extensión de este texto, expongo el concepto mágico-religioso de la enfermedad como si se tratara exactamente del mismo concepto en sociedades muy diferentes, aunque en realidad el concepto presenta importantes diferencias a través de las culturas y las épocas. Podría empezar a hablar de esta heterogeneidad notando las diferencias entre el concepto mágico y el concepto religioso de la enfermedad. Para el concepto mágico, por ejemplo, la enfermedad es causada por el poder de un mago, brujo o chamán o bien por el poder inherente a determinados ritos, pero en todo caso depende de poderes que pueden ser *manipulados* por el hombre. Para el concepto religioso, por el contrario, la enfermedad es causada por la voluntad de una divinidad que no puede ser manipulada, sino a lo sumo moverse por compasión o enojo hacia los hombres. Además de esta distinción es posible establecer distinciones a partir de los mecanismos patógenos: posesión de un espíritu, pérdida del alma, introducción de un objeto en el cuerpo, etc.

1. Las enfermedades son castigos enviados por una deidad, casi siempre por la violación de un tabú o de alguna ley religiosa, o bien son causadas por brujos o hechiceros, pero en todo caso se trata de *fenómenos sobrenaturales*;
2. tanto el diagnóstico como el tratamiento de las enfermedades requieren medios y ritos igualmente mágicos o religiosos;
3. los personajes encargados del manejo de los pacientes son *sacerdotes, brujos o chamanes*, que con frecuencia funcionan como las tres cosas, a veces simultáneamente;
4. hay distintas formas de adquirir las enfermedades, pero entre las más frecuentes están el castigo divino, la introducción de un objeto en el cuerpo del paciente, como una piedra o un hueso, la posesión por un espíritu, la pérdida del alma, el “mal de ojo”, el “susto” y otras más;
5. aún las lesiones traumáticas, como las heridas de guerra o los accidentes, así como las complicaciones del embarazo o del parto o hasta la mordedura por animales como el jaguar o la víbora, cuyas causas son bien aparentes, para el hombre primitivo están llenas de elementos mágicos o sobrenaturales.

Sería muy complicado abordar las distintas variedades de este modelo en civilizaciones y culturas de la antigüedad, pues su extensión abarca milenios y todos los continentes. Para mis propósitos, reviste mayor importancia examinar este modelo en sus versiones contemporáneas porque, tal como se ha dicho, a pesar de ser un concepto muy antiguo sigue empleándose en la actualidad. Al respecto, el investigador citado líneas arriba escribe lo siguiente: “Aunque el concepto mágico-religioso de la medicina sea primitivo no significa que sea cosa del pasado” (Pérez Tamayo, 1997: 236).

Igual que en la antigüedad, el concepto mágico-religioso contemporáneo sigue considerando a la enfermedad como un castigo (como si los años nunca hubieran pasado y Gilgamesh siguiera tratando de ser inmortal, Job aún se cuestionara sobre el sentido de su enfermedad y los aqueos y troyanos siguieran en batalla)¹⁰. Sin embargo, conviene estudiarlo en la principal enfermedad que en nuestra época se ha visto marcada por su estigma: el sida.

1. 1. 1. El sida como castigo por el pecado

Cuando el sida¹¹ salió a la luz pública el 5 de junio de 1981, muchas personas creyeron sin riesgo de equivocarse que “el sida es el castigo de Dios para los homosexuales”. Treinta años después, múltiples organizaciones religiosas continúan afirmando que el sida es un castigo¹². E igual que en el pasado, continúan asociando estigma a la enfermedad: el sidoso es un pecador, es el que ha violado la manera “natural” del amor, y por eso merece un castigo divino (y lo recibe en su enfermedad).

¹⁰Fleck considera que el estilo de pensamiento de una época está compuesto por múltiples líneas, como si se tratara de una cuerda tejida con múltiples hebras. Nosotros podríamos decir, que la hebra mágico-religiosa que viene desde la antigüedad aún sigue presente en múltiples ámbitos de nuestras sociedades modernas, a pesar de las enormes revoluciones temporales.

¹¹ Como es bien sabido, el concepto de sida fue originalmente clínico; posteriormente, al aparecer las pruebas serológicas para detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana, se distinguió entre el sida y la seropositividad. Actualmente el sida se define a partir de la presencia de enfermedades oportunistas o bien como una carga viral superior a 100,000 copias del VIH circulante en sangre, o bien como un conteo de células CD4+ inferior a 250. Yo uso el término de manera genérica para referirme a la enfermedad en sus distintas etapas: infección primaria, asintomática y sintomática.

¹²Aún hoy en día, varias décadas después del inicio de la epidemia, basta con hacer una somera búsqueda en internet para constatar la presencia de este concepto de la enfermedad. Sin ir más lejos, todavía en 2010, el arzobispo de Bruselas-Malinas, André-Joseph Leonard, el máximo responsable de la Iglesia en Bélgica, afirmaba que el sida era un acto de justicia divina. Véase: <http://www.publico.es/internacional/341579/el-arzobispo-de-bruselas-cree-que-el-sida-es-un-acto-de-justicia> (recuperado el 9 de septiembre de 2013).

Si bien bastante pronto el castigo por el pecado dejó de reservarse para los homosexuales y empezó a incluir a otra clase de “pecadores”¹³: prostitutas, heroinómanos y haitianos. Debido a este grupo mayor de “transgresores”, en los años ochenta esta enfermedad llegó a ser conocida como la enfermedad de las cuatro “H”:

Con una predilección exquisita por el humor negro, los epidemiólogos norteamericanos llamaron a los grupos particularmente expuestos al sida, «El club de las cuatro H»: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos. Algunos ponían en quinto lugar a las «hookers» (prostitutas), haciendo ascender a cinco el número de H fatídicas (Grmek, 1989: 63).

El sida afecta a las personas “marginales” y “delincuentes” en general, merecedoras todas ellas de castigo. Pero por fortuna, al menos al inicio de la epidemia, no incluía a los “seres humanos” entre sus víctimas: “Esta enfermedad —decía una señora norteamericana entrevistada en esa época— afecta a hombres homosexuales, drogadictos, haitianos y hemofílicos, *pero gracias a Dios todavía no se ha propagado entre los seres humanos*” (Grmek, 1989: 75, cursivas mías).

En cierta forma, esta restricción de la enfermedad a los homosexuales, criminales, toxicómanos y otros grupos humanos permitía tranquilizar a las “personas decentes”: “El mal no pone en peligro a la ‘gente decente’ como usted y yo, sino solamente a personas

¹³Al inicio, en efecto, la mayoría de los casos fueron de varones homosexuales. “El 28 de agosto de 1981, los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (por sus siglas en inglés: CDC) de Atlanta anunciaban que el número de casos registrados superaba el centenar: 108 enfermos. Se trataba siempre de hombres jóvenes, en su gran mayoría homosexuales o bisexuales (94%), con muy pocos negros y una sola mujer” (Grmek, 1989 :34)

‘estigmatizadas’ de antemano por su comportamiento, por su origen étnico o por una tara” (Grmek, 1989: 63). Tal como lo reconoce el mismo autor, en esta época la gente llegó a pensar que “si había algún peligro, aparentemente estaba limitado a un grupo de costumbres dudosas” (Grmek, 1989: 33).

Esto era debido particularmente al carácter “depravado” de las costumbres homosexuales. Esta visión del sida como castigo de Dios y como resultado de la depravación de las costumbres fue una idea que desde el principio marcó la epidemia:¹⁴ “desde que se supo que la transmisión de esa enfermedad estaba ligada a la sexualidad, a la sangre y a las drogas, se produjeron reacciones histéricas colectivas” (Grmek, 1989: 25).

De esta manera, al hacer del sida un castigo, se ignoraban los verdaderos mecanismos de transmisión de la enfermedad, su etiología, su patogenia y se condenaba a millones de seres humanos al ostracismo. Para el concepto mágico-religioso, el sida es consecuencia de la trasgresión sexual, del vicio, de la marginalidad, como una enfermedad propia de pecadores, no de gente decente. “Estigma” es el nombre que se da a esta visión de las enfermedades. Como se habrá visto hasta estas páginas, el estigma es un aspecto muy importante del concepto mágico-religioso de la enfermedad, que sin embargo no será revisado con mayor profundidad en este trabajo.

1. 1. 2. La concepción natural de la enfermedad

¹⁴En su importante estudio, *La génesis y desarrollo de un hecho científico*, Fleck estudia la manera en que el renacimiento vio a la sífilis como el castigo de Dios por el pecado y la manera en que este primer concepto se transformó hasta llegar a nuestra idea. Es muy interesante, a pesar de las enormes diferencias, ver cómo la idea de la enfermedad como castigo divino por el pecado se expresa casi intemporalmente.

Desde la época de la ilustración griega en el siglo IV a. C., la medicina ha tenido un duro enfrentamiento con las concepciones mágicas y religiosas en su afán por transformar el misterio y el castigo en un fenómeno natural, capaz de ser explicado. La primera crítica al modelo mágico-religioso de la enfermedad fue hecha por Hipócrates en el escrito *Sobre la enfermedad sagrada*, y desde entonces la relación no ha sido cordial. En dicho texto, Hipócrates dice lo siguiente:

Acerca de la enfermedad que llaman sagrada sucede lo siguiente. En nada me parece que sea algo más divino ni más sagrado que las otras, sino que tiene su naturaleza propia, como las demás enfermedades, y de ahí se origina. Pero su fundamento y causa natural lo consideraron los hombres como una cosa divina por su inexperiencia y su asombro, ya que en nada se asemeja a las demás (p. 401).

Esta idea puede considerarse el inicio del compromiso con una explicación natural de las enfermedades. Desde entonces, la medicina ha sido uno de los mayores baluartes de la visión natural del mundo, tanto así que durante mucho tiempo se usó la frase: “Tres médicos, dos ateos” para referirse al ateísmo tan extendido entre los médicos. Sin embargo, la historia de la relación entre la medicina y el concepto mágico-religioso dista mucho de ser un triunfo de una vez para siempre. Cada tanto, el concepto mágico-religioso se reactualiza y vuelve bajo nuevas formas.

1. 2. CONCEPTO HOMEOPÁTICO

De acuerdo a la concepción homeopática, la enfermedad como tal no existe: sólo hay un conjunto de síntomas, diferentes en cada paciente y por ello mismo necesitados de un tratamiento individualizado. La teoría homeopática fue fundada a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX el médico alemán Samuel Hahnemann. Su texto fundamental es *El Organón de la Medicina*. El nombre de este sistema médico proviene de uno de sus principios (el número 1), según el cual lo similar cura lo similar.

La homeopatía sostiene que no existen entidades nosológicas. No hay gripe, cáncer, sida. Lo que hay es solamente un conjunto de síntomas diferentes de paciente en paciente. Los síntomas constituyen toda la enfermedad. No hay nada más allá de los síntomas: ni lesiones de tejidos ni organismos patógenos ni problemas metabólicos de los cuales los síntomas fueran una manifestación o índice:

Toda vez que la curación se sucede a la extinción de la totalidad de los signos y síntomas perceptibles de la enfermedad, tiene siempre por resultado la desaparición del cambio interior del principio vital, es decir, la total extinción de la enfermedad, se sigue que el médico con sólo quitar todos los síntomas hará desaparecer simultáneamente el cambio interior del cuerpo y cesar el trastorno morboso del principio vital, esto es, destruirá el total de la enfermedad, la *enfermedad misma* (Hahnemann, 1810: 151).

Y también: “En las enfermedades no se descubre nada que sea preciso quitarles para convertirlas en salud, sino el conjunto de sus síntomas y de sus signos” (Hahnemann, 1810: 154). Debido a que dicha concepción sostiene que las enfermedades se reducen a sus

síntomas, se considera que el tratamiento de la enfermedad debe ser sintomático. Una vez eliminados la totalidad de los síntomas, no habrá más enfermedad: “la totalidad de los síntomas debe ser la principal y verdaderamente única cosa de que el médico debe ocuparse en cada caso de enfermedad y removerla por medio de su arte, de modo que transforme en salud la enfermedad” (Hahnemann, 1810: 139).

La medicina homeopática se basa en tres principios:

1. Ley de la similitud. Enunciada mediante la frase: lo semejante cura lo semejante. Es decir, aquella sustancia que en un hombre sano produce el cuadro sintomatológico de una enfermedad dada, será capaz de curar dicha enfermedad en el paciente enfermo: “Esto se funda en la siguiente ley homeopática de la naturaleza que, a la verdad, fue alguna vez sospechada vagamente pero no reconocida hasta hoy de manera completa y a la que se ha debido toda curación verdadera que haya tenido lugar: Una afección dinámica más débil es destruida permanentemente en el organismo vivo por otra más fuerte, si la última (aunque diferente) es muy semejante a la primera en sus manifestaciones” (Hahnemann, 1810: 159). Y también: “en toda curación homeopática este principio vital dinámicamente alterado por la enfermedad natural es dominado por otra enfermedad artificial, semejante y más fuerte, creada por la administración de una potencia medicinal elegida exactamente conforme a la semejanza de los síntomas” (Hahnemann, 1810: 162).

2. Principio del remedio único. Debido a que no se acepta que haya entidades nosológicas sino que la enfermedad es el conjunto de síntomas de una persona, cada medicamento es único para cada sujeto.

3. Principio de las microdosis. Los medicamentos de la homeopatía se someten a una serie de diluciones consecutivas de tal manera que las dosis de sustancia activa que se administran al paciente son de un nivel molecular.

Dice Hahnemann: “No se concibe, ni podría probarse por ninguna experiencia en el mundo, que después de la remoción de todos los síntomas de la enfermedad y de todo el conjunto de accidentes perceptibles, quede o pueda quedar otra cosa que la salud, o que la alteración morbosa del cuerpo quede sin destruirse” (Hahnemann, 1810: 140).

Y también:

Cuando un paciente ha sido curado por un verdadero médico de manera que no quede huella de la enfermedad ni síntoma alguno persista y hayan vuelto de modo permanente todos los signos de la salud, ¿cómo podrá alguien, sin inferir un insulto al sentido común, afirmar que en ese paciente aún existe la enfermedad en su interior? Sin embargo, uno de los jefes de la antigua escuela, Hufeland, sostiene esto en las siguientes palabras: “La homeopatía puede quitar los síntomas, pero la enfermedad persiste” (Hahnemann, 1810: 140, nota 5 al párrafo 8).

Según Hahnemann, la causa de las enfermedades se encuentra en lo que él llama la fuerza vital: “Lo único que produce las enfermedades es la fuerza vital, morbosamente (patológicamente) afectada... Por eso la desaparición debida al tratamiento, de todos los fenómenos y alteraciones morbosos (patológicos), distintos de las funciones vitales en estado de salud, indudablemente afecta y necesariamente implica al restablecimiento

integral de la fuerza vital y, por tanto, la vuelta al estado de salud de todo el organismo” (Hahnemann, 1810: 147). Y también dice: “La perturbación mórbida del dinamismo de tipo espiritual (fuerza vital) que anima nuestro cuerpo en el interior invisible y la totalidad de los síntomas perceptibles externamente producidos por dicha perturbación en el organismo y que representan la enfermedad existente, constituyen un todo; no son más que una sola y la misma cosa” (Hahnemann, 1810: 149).

En parte, esta concepción de la homeopatía se debe a la lucha en contra de la concepción ontológica de la enfermedad, idea que era defendida por varios importantes médicos del siglo XIX.

La homeopatía también profesa un tipo de agnosticismo terapéutico de la patogenia: “No es de utilidad práctica para el médico saber *cómo* la fuerza vital desarrolla los fenómenos morbosos en el organismo, es decir, *cómo* produce la enfermedad, lo que en el organismo siempre permanecerá oculto para él. El Dueño de la vida sólo ha descubierto a sus sentidos lo que necesita para conocer la enfermedad y lo suficiente, en absoluto, para poder curar” (Hahnemann, 1810: 148, nota 8 al párrafo 12).

1. 2. 1. Problemas del concepto homeopático de la enfermedad

Los tres principios de la homeopatía de los que se habló arriba no tienen razones objetivamente suficientes a su favor. Detengámonos por ejemplo en el principio de las microdosis. Muchos de los medicamentos de la homeopatía se encuentran tan diluidos que es difícil explicar cómo podrían tener un efecto terapéutico en los pacientes. Dicho esto,

parece que el efecto terapéutico de la homeopatía puede ser atribuido en gran medida a un fenómeno conocido con el nombre de efecto placebo. Este efecto puede entenderse como la respuesta terapéutica inespecífica de algunas sustancias que deberían ser inactivas en contra de alguna enfermedad.¹⁵

La popularidad de la homeopatía a principios del siglo XIX se puede explicar debido a la agresividad terapéutica de muchos de los tratamientos rivales de la época. Con frecuencia, los médicos de la época recetaban tratamientos muy agresivos para las enfermedades. Un ejemplo es la epidemia del cólera de 1831 en Austria. Durante esta epidemia, muchos de los enfermos deshidratados por las diarreas eran sometidos a sangrías. Evidentemente, los enfermos tratados con medicamentos homeopáticos tenían un mejor desenlace, no tanto por el medicamento en sí sino por la menor agresividad de la homeopatía. Al respecto, hasta la fecha aún se sigue usando el dicho: “Si no te cura, por lo menos no te hace daño”. Pero estas ventajas de la homeopatía desaparecen en comparación con la muy desarrollada medicina contemporánea.

Por otro lado, el principio primero de la homeopatía, según el cual no existen enfermedades sino sólo conjuntos de síntomas va en contra de lo que sabemos hoy día

¹⁵El efecto placebo no es bien comprendido aún y existe mucha discusión acerca de sus mecanismos de acción y sus implicaciones para el ensayo clínico controlado y el modelo biomédico. Una definición interesante de placebo la ofrece Camarena Palacios Macedo (2009: 56): “Dada la evidente contradicción de la definición del placebo como una sustancia inerte pero activa, muchos investigadores prefieren referirse al efecto placebo como una respuesta terapéutica inespecífica, distinguiéndola de la respuesta, específica, demostrada por los ensayos clínicos controlados. Así, un placebo es una sustancia que carece de respuesta terapéutica específica, pero que, administrada en un contexto terapéutico, provoca efectos benéficos sobre la salud. La inespecificidad de la respuesta se refiere a que la misma sustancia (sea almidón, solución salina, azúcar o jugo de naranja) puede provocar las más diversas reacciones, desde el alivio de la sintomatología de la menopausia, hasta el control de las manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Parkinson, pasando por la reconstrucción de la mucosa intestinal, en las úlceras duodenales, por la resolución de lesiones dermatológicas (como los mezquinos, causados por una infección viral), por el control de la hipertensión arterial, por el alivio de las molestias propias de la colitis ulcerativa crónica, por la mejoría en padecimientos alérgicos, y en trastornos del estado de ánimo, y por supuesto, por el alivio del dolor de la más diversa etiología [...] Si bien las lista no es exhaustiva, no deja de ser impresionante”.

acerca de la historia natural de las enfermedades, de los efectos patógenos de múltiples bacterias y virus. Este principio, enfrentado al sida, es incapaz de explicar el enorme parecido de los síntomas en los más de treinta millones de afectados. ¿Cómo explicar que los síntomas de más de treinta millones de personas sean tan parecidos si no es atendiendo a una historia natural de la enfermedad, que a su vez supone la existencia de enfermedades?

A principios del siglo XX en Estados Unidos, un número enorme de escuelas aún enseñaban la homeopatía. La situación cambió gracias al informe Flexner (llamado así en honor a Abraham Flexner, el educador que lo dirigió y publicó sus resultados en 1910). Un grupo de trabajo guiado por Flexner realizó una evaluación de la enseñanza de la medicina en varias escuelas de EE.UU. Como resultado de dicho informe y de las recomendaciones emitidas por él, muchas de las escuelas de homeopatía entraron en una crisis que las llevó a cerrar sus puertas debido al bajo nivel de la enseñanza médica que presentaban. Desde entonces y hasta la fecha la homeopatía no ha vuelto a tener la importancia que tuvo en el siglo XIX e inicios del siglo XX, si bien pervive en la actualidad, incluso en México¹⁶.

1. 3. CONCEPTOS HETERODOXOS DE LA ENFERMEDAD

¹⁶ En el caso de nuestro país, la homeopatía fue introducida en 1850 por Ramón Comellas. En 1879 se funda la Escuela de Medicina Homeopática. El 17 de agosto de 1895 Porfirio Díaz mediante decreto presidencial funda la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, misma que en 1923 pasa a formar parte de la Universidad de México hasta que en 1924 es clausurada. Pero luego, a partir del 1 de marzo de 1928, abre nuevamente sus puertas una escuela de homeopatía, esta vez con el nombre de Escuela Nacional de Medicina Homeopática y tras múltiples vicisitudes termina como parte del Instituto Politécnico Nacional, al cual pertenece hasta el día de hoy. Merced a su pertenencia a dicha institución de educación superior, existe en nuestro país una validación estatal de dichos estudios, si bien no por ello adquieren validez epistémica o justificación objetiva de acuerdo a lo que arriba ha sido señalado. Es interesante recalcar como en esta historia de la homeopatía en México, las sociedades de alumnos y de practicantes han jugado un papel muy importante para defenderla, promoverla y para que tenga reconocimiento por parte del estado mexicano.

Muchas de las prácticas médicas no científicas¹⁷ o heterodoxas son una expresión más del concepto mágico-religioso de la enfermedad, por lo que serían una variante de la idea según la cual la enfermedad es un castigo.

Como ejemplo de esta variedad del concepto mágico-religioso se considera un texto recientemente publicado llamado: *Manifiesto para una nueva medicina*. Este texto tiene cierta importancia porque su autor es uno de los asesores del Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa, centro perteneciente a los Institutos Nacionales de Salud del Gobierno de los Estados Unidos.¹⁸ Esto nos habla de la difusión de este concepto en la actualidad, al menos en los Estados Unidos. En dicho manifiesto, el autor afirma lo siguiente: “En los años setenta investigadores epidemiológicos comenzaron a despertar de un largo sueño secular. Notaron la ausencia de lo religioso y lo espiritual en los estudios clínicos y empezaron a examinar y tomar nota de las correlaciones entre ‘religiosidad’ y ‘buena salud’” (Gordon, 1996: 229). Y sigue: “En los últimos 30 años hemos vuelto de nuevo a experimentar y explorar la dimensión espiritual de la salud y la curación. Después

¹⁷Entiendo por prácticas médicas no científicas aquellas que no poseen una justificación objetivamente suficiente y que además se presentan con pretensiones de científicidad y en competencia con la medicina científica. Es decir, lo que algunos llaman medicinas alternativas: prácticas como el naturismo, la osteopatía, la quiropráctica y otras. Si bien, en este sentido, la homeopatía sería una práctica de este mismo tipo, debido a su popularidad e importancia histórica le dediqué una sección aparte. Las llamadas medicinas tradicionales no son consideradas aquí dentro de esta categoría porque muchas de ellas, dentro de su cultura, son la mejor alternativa terapéutica a la que pueden acceder las personas, además de que claramente estas prácticas no se presentan con pretensiones de científicidad, sino como lo que son: prácticas médicas tradicionales. La razón por la que dedico un espacio a revisar estas prácticas no validadas es porque realmente muchas de ellas son una versión contemporánea del concepto mágico-religioso de la enfermedad. Además de que en la actualidad están ampliamente extendidas entre la población de clase media.

¹⁸Es en este sentido, el autor es un asesor del gobierno de los Estados Unidos. En español, la edición fue publicada por Editorial Paidós, que como es sabido es una editorial seria del ámbito de las humanidades, dentro de su colección “Contextos. La página electrónica de dicho centro es la siguiente: <http://nccam.nih.gov/> y puede revisarse para obtener información complementaria acerca del centro y del autor del texto citado. En dicha página se define la medicina alternativa de la siguiente manera: “Complementary and alternative medicine is a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered part of conventional medicine”.

de haber sido negada o ignorada en la práctica y en la teoría durante mucho tiempo, ahora insiste en recobrar su lugar legítimo en la medicina, apelando a una fuerza vital que efectivamente parece tener” (Gordon, 1996: 228).

Como ejemplo de la supuesta correlación entre religiosidad y buena salud de la que se habla arriba se citan los siguientes experimentos que “demuestran” que la religiosidad es un factor que contribuye a la buena salud de las personas: “Un buen número de estudios han demostrado que el simple hecho de acudir a la iglesia o la sinagoga está correlacionado con una importante disminución del riesgo de cáncer, hipertensión, apoplejías y colitis, y también con una tasa de mortalidad global más baja. El asistir a la iglesia parece constituir además un factor principal en la prevención del abuso de drogas y alcohol, y de las tendencias suicidas en adolescentes” (Gordon, 1996: 229).

Otro de los ejemplos que se citan es el de la llamada oración de intercesión por la salud de una persona. Se dice en el texto que la oración de intercesión por otra persona puede mejorar la salud de la persona por la cual se ora:

Se han llevado a cabo experimentos clínicos comparables sobre el poder de la “oración intercesora”. En el más conocido de ellos y el realizado con mayor rigor, un cardiólogo del University of California Medical Center (Centro Médico de la Universidad de California) llamado Randolph Byrd dividió 393 pacientes de una unidad de cuidados coronarios en dos grupos, durante un período de dos meses. Una serie de personas rezaba a diario por uno de los grupos, y el otro recibió los mismos cuidados, pero nadie rezó por ellos. Ni los pacientes, ni los médicos de la unidad de cuidados intensivos, ni las enfermeras sabían por cuál de los grupos se estaba rezando. Las personas que rezaban, los “intercesores” no

conocían a los pacientes pero recibieron una lista en la que estaba escrito su nombre de pila y su condición. Se le pidió que rezaran por una recuperación rápida y por la prevención de las posibles complicaciones o de su muerte.

Los resultados, que fueron publicados en el *Southern Medical Journal*, eran impresionantes. Los pacientes por los cuales rezaron los intercesores sufrieron menos infartos, menos ataques de insuficiencia cardiaca congestiva y pulmonía que aquellos por los que no se rezó. Asimismo, necesitaron menos antibióticos y diuréticos y pasaron menos tiempo en la unidad coronaria. Todos estos estudios, de los cuales gran parte son desconocidos o ignorados por la medicina institucionalizada, tienen implicaciones extraordinarias para la salud, la curación y para nuestra comprensión de lo que es el ser humano. Indican con claridad que existen fuerzas más allá de nuestro estado físico, de nuestra composición genética y de los tratamientos médicos que pueden repercutir positivamente sobre nuestro bienestar. El hecho de ser capaces de sentir fe y esperanza, de pedir ayuda a otros, y de sentirnos solidarios con aquellos que la piden, puede protegernos de la enfermedad y producir mejorías reales cuando nos encontramos enfermos (*sic*, Gordon, 1996: 231).

El texto también sugiere que algunas veces basta con la buena intención para poder influir positivamente sobre la salud de las personas: “Hay una gran cantidad de publicaciones —algunas de la categoría de cualquier ponencia médica— que demuestran que, con la simple intención de hacerlo, podemos lograr cambios importantes en el bienestar de otros y en sistemas biológico no humanos. Parece ser que pueden conseguirlo tanto hombres y mujeres conocidos por su ‘poderes curativos’ como personas completamente normales” (Gordon, 1996: 230).

Por si fuera poco se citan los efectos curativos de curanderos y chamanes como hechos, como algo demostrado:

En los años sesenta el bioquímico Bernard Grand realizó las primeras investigaciones rigurosamente científicas sobre la “imposición de las manos”. Grand empleó como sujeto a un conocido curandero llamado Estebany. En algunos de sus experimentos, Estebany sostuvo en sus manos ratones que habían sido “heridos experimentalmente”. Las heridas de este grupo se curaban con bastante más rapidez que las de los ratones sostenidos por estudiantes de medicina o que permanecieron solos. A continuación Grand realizó una serie de experimentos en los que Estebany “impuso las manos” sobre agua salada, que luego se utilizó para regar brotes de cebada. Los brotes irrigados con el agua tratada por Estebany crecieron con mucha más rapidez y fueron más productivos que aquellos regados con agua sin tratar. Más tarde, otros investigadores realizaron experimentos similares con Estebany y otros curanderos y obtuvieron resultados parecidos (*sic*, Gordon, 1996: 230).

Una de las peculiaridades de esta variedad del concepto mágico-religioso es que asume formas que pretenden pasar por científicas mediante la referencia a supuestos experimentos y mediante el uso de un lenguaje que quiere parecer científico. Uno de los principios mediante los que se intenta justificar estos resultados es el llamado principio *mind over body*, del cual se habló arriba, que se muestra como una defensa de un tipo de idealismo religioso.

El “experimento” acerca de la oración intercesora no es el único en su tipo, si bien los resultados en otros experimentos no confirman la idea del autor. La página electrónica de la Universidad de Harvard dedica varias notas a aclarar que los resultados de otros

experimentos semejantes probaron que la oración intercesora no tiene efectos sobre la salud de los pacientes coronarios. Lo que resulta más llamativo no es que los experimentos fueran negativos, sino que una universidad tan prestigiada como Harvard dedicara tiempo y parte de su presupuesto a realizar experimentos para comprobar dicha hipótesis.

Como se dijo al inicio, no se pretende realizar una crítica exhaustiva de dicho concepto, pues actualmente, al menos en el ámbito científico esta concepción no es considerada como objetiva.¹⁹ Aunque por su propia naturaleza, la ambigüedad de las formulaciones de dicha idea parecen volverla inmunes a la crítica. Sin embargo, una buena razón para rechazar dichos conceptos heterodoxos de la enfermedad proviene de los efectos nocivos que tienen sobre el tratamiento del sida.

La concepción que muchas de las terapias alternativas tienen del sida y el tipo de tratamientos propuestos han resultado francamente ineficaces. Uno de los casos más tristemente célebres es el del grupo llamado “monarcas” y cuya acción se ha dado dio en nuestro país y en otros de latinoamérica. Revisemos el caso. De acuerdo a estos grupos, el virus del vih no existe, se trata de un invento de los médicos y de las compañías farmacéuticas con el fin de vender sus medicamentos. El sida es causado por un tipo de “intoxicación” debida a la alimentación llena de toxinas y a estilos de vida poco saludables. De acuerdo a uno de los defensores de esta idea, la verdadera causa del sida es:

¿Si el virus del SIDA no existe, cual es el origen de la enfermedad?

¹⁹Desde un punto de vista epistémico se puede hablar de la superación del concepto mágico-religioso de la enfermedad, si bien socialmente aún es un concepto muy extendido.

-«Las enfermedades que originalmente se pusieron bajo el nombre de SIDA eran aquellas que aparecen en grupos minoritarios de la población, que tenían una vida muy destructiva y que tenían graves problemas de salud. Desde el 1981 hasta el 1983, fueron la neumonía y el sarcoma de Kaposi las que permitieron poner la etiqueta de SIDA. El 1983 se amplió a doce enfermedades; el 1985, con seis; el 1987, con ocho y el 1993 con tres más. Ahora hay 29 enfermedades, todas ellas existentes antes del 1981, metidas dentro del saco». (Tomado de la página de “monarcas México”, disponible en la página electrónica: <http://es.scribd.com/doc/27612210/Bienvenidos-a-Asociacion-Monarcas-Mexico>)

Como podrá verse, hay sutilmente la insinuación del concepto mágico-religioso de la enfermedad subyacente a este concepto “alternativo”: el sida es causado debido a estilo de vida “depravado”, desviado” “destructivo” de los jóvenes homosexuales y no como consecuencia de un fenómeno natural (el virus del vih) sin connotaciones moralinas. Así, pues, veladamente esta concepción perpetúa el prejuicio de que la homosexualidad es un pecado y el sida su castigo. Dada esta tristemente célebre concepción, cabría preguntar:

-¿Así, de qué mueren las personas si el VIH no existe?

-«Las personas que han sido etiquetadas con el SIDA se están muriendo de miedo, de problemas psicológicos y emotivos y por los tratamientos que siguen. Las cifras de los muertos por el SIDA están hinchadas, porque se incluyen aquellos que mueren de las 29 enfermedades nombradas». (Tomado de la página de “monarcas México”, disponible en la página electrónica: <http://es.scribd.com/doc/27612210/Bienvenidos-a-Asociacion-Monarcas-Mexico>).

Así, pues, dado este origen “psicológico” y nutricional del sida, cuál sería el tratamiento *correcto* de acuerdo a este concepto de la enfermedad. Refiriéndose al tratamiento del paciente diagnosticado como seropositivo, dicen los promotores de esta idea lo siguiente:

Si es seropositiva y piensa que lleva una sentencia de muerte encima, lo más importante es convencerla de que no está enferma y cambiar su actitud. El componente psicológico es fundamental. Cuando un médico de hospital regido por la versión oficial dicta la sentencia fatal a su paciente, eso repercute gravemente en el sistema inmunitario. Hay personas que han engordado sensiblemente tras haber dado negativo en un segundo control, lo que debería hacernos pensar. Pero si una persona ya está enferma y con graves desarreglos en su sistema inmunitario, lo primero es encontrar las causas que le han llevado a este estado, desintoxicarla y empezar la curación a partir de ahí. En principio, ningún medicamento es especialmente eficaz a la hora de hacer subir las defensas del organismo. No obstante, hay que insistir en una vida natural. Por ejemplo, es primordial tener una buena digestión y estar mineralizado e hidratado convenientemente, para así equilibrar el organismo falto de estos componentes. Conozco un excelente producto tibetano que se comercializa en Suiza y que recomiendo para estas ocasiones: *Padma-28* (Tomado de la página de “monarcas México”, disponible en la página electrónica: <http://es.scribd.com/doc/27612210/Bienvenidos-a-Asociacion-Monarcas-Mexico>)

Esta concepción de la enfermedad, y en particular del sida como producto de estilos de vida “destruictivos”, intoxicaciones debidas a la mala alimentación o autoprovocada por el miedo y las creencias del paciente, ha causado terribles estragos en la población

seropositiva, siendo el más grave de todos la muerte de casi la totalidad de los pacientes que se han sometido a este tipo de terapias.

1. 4. CONCEPTOS DE SENTIDO COMÚN DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Emilio La Rosa, en su libro *La fabricación de nuevas patologías*, habla de la representación social de los conceptos de la salud y la enfermedad, es decir, lo que podríamos llamar los conceptos de sentido común de la enfermedad. Algunos de los cuales recuerdan bastante los conceptos no sustantivos de la salud y la enfermedad. Empecemos con las representaciones sociales de la salud. Son tres las principales:

1. La “salud-vacío” que es un concepto definido de forma negativa (ausencia de enfermedad). Esta noción nos enseña que la persona no tiene conciencia de su cuerpo mientras que no haya nada que lo altere; es decir, no existe experiencia de la salud, sino más bien de la enfermedad. Cuando esta aparece, la salud es valorizada por su ausencia (La Rosa, 2009: 55).

Como podrá notarse, esta concepción corresponde con la idea tan extendida según la cual la enfermedad es la ausencia de salud. Idea incluso presente en los diccionarios, por ejemplo el de la Real Academia Española (RAE), donde se define la enfermedad como “Alteración más o menos grave de la salud”.

2. La “salud-reservorio”, que es una vivencia en relación con dos factores: la robustez (fuerza física) y la capacidad de resistencia a los ataques, a la fatiga, a la enfermedad. Este capital puede aumentar o disminuir en el curso de la existencia, según el modo de vida de la persona (La Rosa, 2009: 55).

Según esta concepción positiva de la enfermedad se puede ser más o menos sano. Una persona puede ser más saludable que otra sin implicar que la segunda esté enferma, sino sólo que es menos saludable.

3. La “salud-equilibrio”, que es una experiencia autónoma y personal. La salud “real” es rara, transformándose en un valor al cual se aspira. Esta noción de salud representa el bienestar físico y psíquico (La Rosa, 2009: 55-56).

Esta tercera concepción de salud se aproxima bastante a la idea expresada por la Organización Mundial de la Salud según la cual la salud es un estado de bienestar físico, social y psicológico y no la mera ausencia de enfermedad. La salud es concebida de manera positiva, pero quizá de una manera demasiado exigente, al incluir la noción de bienestar, que podría implicar que la soledad, el aburrimiento y la falta de sentido de vida (que no son por sí mismas patológicas) serían bajo esta concepción no saludables.

Por su parte, la enfermedad en términos generales es representada socialmente como consecuencia de un estilo de vida nocivo, con frecuencia relacionado con las exigencias de la vida moderna, su competitividad, el estrés asociado a ella y la contaminación. El

individuo sucumbe ante la enfermedad porque las agresiones de la vida moderna lo desgastan:

Las personas consideran que el proceso de brote de la enfermedad es debido a los efectos nefastos de un modo de vida nocivo, que es el producto de una sociedad agresiva. El individuo es percibido como una persona que tiene capacidad de resistencia a las agresiones y como una persona fundamentalmente sana, cuya salud depende completamente de él mismo (La Rosa, 2009: 56).

Para resumir más, podríamos dividir las principales representaciones sociales de la enfermedad en los siguientes tipos, también tres como en el caso anterior:

1. La “enfermedad destructora”, caracterizada por la exclusión social, el abandono del rol y la dependencia de otro. Los individuos viven la enfermedad como una especie de violencia a su propia persona, viéndose reducidos a la inactividad (La Rosa, 2009: 57).

Es la concepción de la enfermedad asociada a patologías incapacitantes o que alteran radicalmente el estilo de vida de los que la padecen, que le impiden continuar con su forma de vida “normal” o acostumbrada.

2. La “enfermedad liberadora”, por la que la persona vive la enfermedad como reposo y ruptura eventual en relación con los obstáculos y limitaciones sociales.

Esta situación le abre nuevas posibilidades de vida y libertad. La enfermedad juega un papel de defensa contra las exigencias de la sociedad y puede conducir a un enriquecimiento y realización de la persona (La Rosa, 2009: 57).

Esta concepción de la enfermedad se asocia principalmente con los casos en que la enfermedad permite una “toma de conciencia” de la propia situación. Aparece en la literatura como aquellos casos en los que la enfermedad permite romper con situaciones inauténticas.²⁰ Un ejemplo maravilloso lo ofrece la novela autobiográfica *Bajo el signo de Marte*, de Fritz Zorn, en la que el autor y personaje principal ve el cáncer que padece como una oportunidad para romper con los valores sociales de su sociedad, en particular con el ideal de felicidad burguesa de su natal Zúrich.²¹

3. La “enfermedad trabajo”, en cuyo caso la persona lucha activamente contra la enfermedad y la angustia que esta produce. Ella se siente capaz de participar del proceso de curación y percibe las relaciones con el médico como un intercambio y una cooperación. La enfermedad tiene sobre todo un rol de aprendizaje, y la curación es considerada como una salida normal (La Rosa, 2009: 57).

²⁰La palabra “inauténtico” aparece ya en la página electrónica de la RAE como un avance de la vigésima tercera edición de su diccionario y se le asigna el significado de “que no es auténtico”.

²¹El famoso inicio de dicha novela es muy expresivo de la enfermedad como una liberación: “Soy joven, rico y culto; y soy infeliz, neurótico y estoy solo. Provengo de una de las mejores familias de la orilla derecha del lago de Zúrich, también llamada la Costa Dorada. He tenido una educación burguesa y me he portado bien toda mi vida. Por supuesto también tengo cáncer, cosa que se deduce automáticamente de lo que acabo de decir.” Fritz Zorn, 1977, *Bajo el signo de Marte*, Madrid, Anagrama, col. otra vuelta de tuerca, núm 8, 2009.

Por su parte, esta manera de concebir la enfermedad está asociada a patologías curables que implican un esfuerzo por parte del paciente y que no implican ni incapacidad ni una transformación radical del estilo de vida. La salud es una meta a la que se puede volver después de un arduo trabajo.

CONCLUSIONES

Las cuatro concepciones de la enfermedad que se han revisado en este capítulo responden a distintos estilos de pensamiento. Si bien ninguna es una concepción científica, merecía la pena revisarlas debido a la importancia social que revisten.

Para una concepción pluralista, como la que se desea defender en este trabajo, si bien puede haber varias formas correctas o adecuadas de representar la realidad, no cualquier representación es igualmente válida. En particular, las tres primeras concepciones de la enfermedad (mágico-religiosa, homeopática y heterodoxa) resultarían incompatibles con la perspectiva biomédica. Por el contrario, la concepción del sentido común podría resultar compatible, si bien diferente de las concepciones científicas de la enfermedad.

Además de este importante punto de la incompatibilidad de los tres primeros conceptos con el concepto biomédico,²² los tres presentan inconvenientes adicionales, algunos de los cuales son francamente graves. Considérese el caso de la concepción mágico-religiosa. Para ella, la enfermedad es el justo castigo por una transgresión moral o religiosa. ¿Qué beneficio puede recibir un paciente de sida, al que se le diga que su enfermedad es un castigo? Dicha idea puede resultar devastadora para la persona y causar un daño terrible al ser humano. ¿Cuántos pacientes de sida habrán muerto por negarse a tomar medicamentos antirretrovirales debido a que consideren que su enfermedad es un

²²Esta primer razón que se ofrece en contra de los tres conceptos inicialmente revisados podría considerarse una razón de carácter lógico, que si bien resulta de una gran importancia epistemológica, no es más importante que razones de orden práctico o incluso ético que verían en el concepto mágico-religioso de la enfermedad un verdadero peligro, por el daño que pueden causar en el paciente.

castigo, que lo merecían? O simplemente: ¿cuánto mejoraría la vida de tantos pacientes sin el estigma social, producto de este concepto, asociado a su enfermedad?

En este sentido, la concepción que se defiende en este trabajo diría que hay formas incorrectas de representar la enfermedad (caso de las tres primeras), pero que la cuarta puede ser compatible con la concepción biomédica, y en este sentido ser una concepción aceptable, si bien distinta.

Capítulo 2. Concepto biomédico de la enfermedad

INTRODUCCIÓN

El concepto biomédico es la idea científica de la enfermedad surgida a finales del siglo XVIII y desarrollada durante el siglo XIX por la escuela francesa de París y la escuela alemana. En el siglo XX, sería desarrollada sobre todo por la escuela biométrica inglesa y la escuela norteamericana. Esta primera caracterización nos da los límites temporales y geográficos, pero resulta insuficiente para precisar el contenido del concepto al que nos referimos.

Una estrategia para llenar de contenido el concepto biomédico consiste en revisar los comunicados y definiciones dadas por las organizaciones internacionales. Sin embargo, éstas no resultan muy útiles para clarificarlo, y pueden incluso oscurecerlo. Por ejemplo, los documentos de la OMS no nos sirven para este objetivo, pues a pesar de que el biomédico es el concepto dominante, cuando la OMS definió la salud en la primera mitad del siglo XX no se sirvió de dicha idea sino de otra emanada de la llamada medicina social, según la cual la salud es el “estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no como la mera

ausencia de enfermedad”. Esta definición resulta un ideal que muy difícilmente se puede aplicar en la práctica, y que hace recaer todo el peso en la noción de bienestar que queda sin una definición objetiva y que por su propia naturaleza (bienestar tiene componentes subjetivos innegables) difícilmente puede objetivarse.

Otra forma de intentar caracterizar este concepto es a partir de sus objetivos. Para algunos, el objetivo de la medicina (caso de la definición anterior) es el bienestar físico y psicológico de la persona. Para el modelo biomédico, por el contrario, este objetivo rebasaría sus pretensiones. Además de que los componentes subjetivos del bienestar difícilmente pueden servir de base para una noción científica de la enfermedad.

Tal como los formula Pérez Tamayo, los objetivos de la medicina biomédica serían los siguientes tres:

1. evitar que la gente *enferme*
2. *curar* (o aliviar, o hasta consolar y apoyar, cuando no se puede otra cosa) a los enfermos²³
3. impedir las muertes evitables y prematuras (Pérez Tamayo, 2000: 88, cursivas mías).

Dada esta serie de objetivos puede parecer claro que la práctica de la medicina biomédica gira en torno al concepto de la enfermedad, y no en torno a conceptos como

²³Como se puede ver, si entendemos de esta manera los objetivos de la práctica médica, muchas de las críticas dirigidas al concepto biomédico por supuesta deshumanización carecerían de sentido, pues uno de los objetivos de la medicina sería “aliviar, o hasta consolar y apoyar, cuando no se puede otra cosa”, lo que nos indica claramente que este concepto no es deshumanizado.

bienestar, malestar o incluso padecimiento. Esto no implica que el padecimiento deje de ser un concepto importante para el biomédico, pues tal como podrá apreciarse por el punto número dos de la lista de arriba, uno de los objetivos de la medicina es también consolar y apoyar al paciente.

Los distintos niveles de la medicina

Una circunstancia que dificulta la labor de clarificación del concepto biomédico es la naturaleza de la medicina. A diferencia de otras disciplinas, la medicina tiene tres niveles: el propiamente científico (patología), el tecnológico (investigación biomédica orientada a su aplicación, sobre tratamientos, por ejemplo) y técnico (clínico). Y en cada uno de estos niveles de la medicina pueden darse distintos conceptos de la enfermedad: el concepto propiamente científico de la enfermedad proveniente de la patología, el concepto tecnológico proveniente de la investigación científica orientada a la práctica terapéutica y el concepto más práctico de la enfermedad proveniente de la clínica. O por ponerlo en términos de Boorse, existen el concepto teórico y el concepto práctico de la enfermedad.

Por concepto práctico de la enfermedad podemos entender casi cualquier situación o proceso que requiera de tratamiento o asistencia médica,²⁴ sin que necesariamente sea una disfunción biológica. Las cirugías estéticas y la asistencia médica no vinculada con enfermedades formarían parte del sentido práctico de la enfermedad. Este no es el sentido

²⁴Esta distinción entre el sentido práctico y el sentido teórico de la enfermedad la plantea Boorse en su texto "On the Distinction between Disease and Illness" en *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 5, Núm. 1, Otoño de 1975, Princeton University Press, pp. 49-68.

de enfermedad que trataremos en este capítulo, sino el propiamente científico, el proveniente de la patología, llamado por Boorse concepto teórico de la enfermedad.²⁵

Una dificultad extra

Aunque a primera vista pudiera ser claro qué afirma el concepto biomédico de la enfermedad, un análisis más exhaustivo nos deja claro que no es tan sencillo. El concepto biomédico, al ser el concepto dominante, en los últimos años se ha enfrentado a múltiples críticos que han contribuido a oscurecer más su sentido y a construir múltiples leyendas en torno de él. Con lo que pareciera que hay más críticos que autores que busquen formularlo. Esta abundancia de críticos y déficit de formulaciones resulta un problema muy serio, pues implica que su contenido ha sido entendido de muy diversas maneras por cada uno de sus adversarios. Algunas de las maneras como a veces los críticos lo han entendido —formas de entenderlo con las cuales no estoy de acuerdo— son las siguientes:

1. Las grandes compañías farmacéuticas son una parte indispensable, tal vez la más importante de éste. La enfermedad se entiende como cualquier problema personal o humano que pueda ser medicado, independientemente de si constituye una disfunción biológica.²⁶

25Además de las distinciones al interior de la medicina científica citadas arriba, se puede hablar también de un concepto estadístico, de un concepto fisiológico y de un concepto normativo de la normalidad (y por contraste, de la enfermedad). Por el concepto estadístico se entiende la media más menos (+ -) dos desviaciones estándar. El concepto fisiológico es considerado como aquello que va de acuerdo al diseño de la especie.

26Esta manera de entenderlo subyace a críticos tales como el periodista español Miguel Jara en su libro: *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Icaria editorial, España, 2007. Puede consultarse también su página: <http://www.migueljara.com/>

2. Lo que Ruy Pérez Tamayo llama el concepto estricto: “el concepto biomédico estricto, de nosología precisa y rigurosa (con reminiscencias ontológicas) que ignora o minimiza los juicios de valor y los aspectos normativos de la enfermedad” (Pérez Tamayo, 1988: 243).
3. Al profesional biomédico no le importan sus pacientes; para él, sólo son máquinas biológicas; carece de empatía con los seres humanos a los que trata, es autoritario, cínico, cruel y deshumanizado.²⁷

A la primera idea le llamaremos el concepto institucional de la enfermedad.²⁸ Al segundo, el concepto estricto y al tercero, el concepto biológico ingenuo. La mayoría de los críticos confunden estos tres conceptos. Los tres son claramente diferentes del concepto biomédico que nos interesa. Pero es importante hablar de ellos y distinguirlos claramente del concepto que nos importa porque constituyen una leyenda negra atribuida erróneamente a la biomedicina.

¿Cómo determinar el contenido del concepto biomédico para evitar esta enorme multiplicidad de sentidos y estas malas interpretaciones que, sobre todo sus críticos, le han dado? La estrategia que emplearemos en este capítulo consiste en ubicar los orígenes de

²⁷Esta imagen ha sido muy difundida en la literatura y forma parte de una cierta leyenda negra atribuida erróneamente al concepto biomédico. Uno de sus representantes más afamados dentro del imaginario social sería el personaje de la serie de televisión “Dr. House”. En esta serie aparece un médico cínico y cruel que carece de empatía por sus pacientes, calculador y egoísta que sólo se interesa por la enfermedad en tanto que “enigma” diagnóstico, sin importar la humanidad de sus pacientes.

²⁸Más adelante, en el capítulo sexto, se revisará al concepto de pseudoenfermedad de manera mucho más detallada.

dicho concepto para determinar sus componentes. Para esto asumimos que sus inicios se sitúan en el programa anatomoclínico surgido en Francia en el siglo XIX.²⁹

La estrategia consistirá en recurrir a los textos fundamentales de la disciplina, a los “textos de fundación”, los textos que harían las veces del *Philosophiae naturalis principia mathematica*, pero dentro de la medicina. Veremos que esta estrategia histórica puede resultar bastante útil para clarificar el estilo de pensamiento biomédico y las principales características del concepto científico de la enfermedad.

Debido a que se trata de varios elementos, puede resultar útil rastrearlos como si se tratara de distintas líneas de ideas, tal como lo hace Fleck al tratar las distintas líneas de ideas que han dado como producto el actual concepto de sífilis.³⁰

Al iniciar este rastreo, una de las cosas que saltan a la vista es que el concepto biomédico fue configurado con el objetivo central de constituir a la medicina como una ciencia de pleno derecho. A finales del siglo XVIII, muchos cuestionaban el carácter científico de esta disciplina. Al respecto es famosa una frase de Bichat:

La medicina, rechazada por mucho tiempo del seno de las ciencias exâctas, exîgirá, con razón el asociarse á ellas por lo menos por el diagnóstico de las enfermedades quando se haya en todas partes unido á una escrupulosa observación el exâmen de las alteraciones de

²⁹Que la medicina científica tenga su inicio a principios del siglo XIX con el programa anatomoclínico de París, es una tesis histórica que han defendido múltiples historiadores de la medicina, entre otros: Laín Entralgo, P., 1950, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Salvat. Foucault, M., 1953, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, FCE. Ackercknecht, E., 1968, *A short history of medicine*. A pesar de ciertas diferencias acerca de las causas del nacimiento de la medicina científica hasta el siglo XIX, creo que la tesis central es correcta.

³⁰En su ya clásico estudio: Fleck, L., (1935), *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Madrid, Alianza.

nuestros órganos. Este camino comienza á ser el de todos los buenos talentos: sin duda será bien pronto general (*sic*, Bichat, 1801: 106).³¹

Los cuatro elementos que hemos seleccionado en este capítulo como centrales para comprender el concepto biomédico responden a esa inquietud: hacer de la medicina una ciencia.

2. 1. CAMBIOS ANATÓMICOS O FUNCIONALES

Una de las características que primero aparecen sobre concepto biomédico consiste en que asocia la enfermedad a cambios anatómicos o funcionales. En sus inicios, la lesión física de un tejido tuvo el papel preponderante, pero luego fue introducido el concepto de lesión funcional que ampliaba dicho concepto a los desórdenes funcionales, a los que en su momento aún no se había encontrado lesión física asociada.

El inicio de esta idea puede encontrarse en Morgagni. Su principal obra, el *De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis* apareció en 1769 y su objetivo era corregir y ampliar una obra anterior, el *Sepulcretum* de Bonet, aparecido 1679. Sin embargo, debido a la gran labor de Morgagni, consiguió no sólo eso sino también sentar las bases del programa anatomopatológico. Las historias clínicas que se presentan en el *De sedibus* están dedicadas a correlacionar lesiones anatómicas con síntomas clínicos:

³¹Debido a que mi fuente es una traducción de principios del XIX, la “a” aparece con tilde, además de otras importantes diferencias de ortografía.

Acompañan a la enfermedad los síntomas. De cada uno de ellos se anotará la naturaleza, la sucesión, el orden y la duración, todo lo cual será comparado con las lesiones vistas en el cadáver y con los antecedentes de la afección; y así, pocas veces será difícil discernir las lesiones que causaron la enfermedad de las que fueron producidas por ella (Morgagni citado en Laín Entralgo, 1950: 224).

De acuerdo a Laín Entralgo:

Aspira Morgagni, por tanto, a establecer una correlación unívoca entre dos modos de considerar la *species morbosa*, el modo clínico o semiológico y el modo anatómico. Y como la conceptualización de cada caso sigue siendo primariamente clínica, su mente opera con arreglo al siguiente esquema: «a tal especie morbosa clínicamente establecida (*apoplexia, febris putrida, icterus, etc.*) debe corresponder una especie lesional determinada» (Laín Entralgo, 1950: 227).

Varias décadas después del trabajo de Morgagni, Bichat formula la noción según la cual la enfermedad es la lesión física de un tejido. Esta idea de que “las lesiones causan la enfermedad”, es una de las ideas fundamentales del programa anatomoclínico. Para poder encontrar las lesiones que causan la enfermedad, será necesario realizar múltiples disecciones de cadáveres y comparar lo descubierto en la autopsia en todos estos casos:

[...] si se examinan muchos cadáveres de sujetos muertos de la misma enfermedad, y luego se comparan los resultados del examen, aquellas anomalías que sean semejantes en todos, ésas serán la *causa morbi*; y las lesiones que difieran de un caso a otro serán juzgadas como efectos de tal enfermedad” (Morgagni citado en Laín Entralgo, 1950: 223).

Con Bichat se da la ruptura definitiva respecto del concepto humoral de la enfermedad. Por eso es que uno de los textos que se pueden considerar fundamentales para el surgimiento del concepto moderno o biomédico de la enfermedad es el de su *Anatomía general aplicada a la fisiología y a la medicina*. Dicho texto defiende una posición vitalista, pero obviando este aspecto, y a pesar del incremento del conocimiento médico, el concepto de enfermedad actual conserva algunas de sus ideas básicas. En aquel texto ya se concebía la enfermedad como una *disfunción*. En este caso, ocasionada por la lesión de un tejido, que para la concepción de Bichat es el elemento constituyente del cuerpo humano. Nos explica Bichat: “Supuesto que las enfermedades no son sino alteraciones de las propiedades vitales, y que cada tejido respectivamente á estas propiedades es diferente de los otros, es claro que deben diferenciarse entre sí también con respecto á sus enfermedades” (*sic*, Bichat, 1801: 91).

Este cambio realizado por Bichat en la concepción médica no es un cambio menor. De tal manera que algunos historiadores de la medicina le llaman a este cambio la revolución copernicana de la medicina.³² Y consistiría, básicamente, en que la lesión física localizada en la autopsia asuma un papel central para la explicación de los síntomas del

³²Si bien, se podrá no estar de acuerdo con la existencia de “giros” o “revoluciones” dentro de la medicina o de la ciencia en general, la idea resulta muy expresiva de la importancia que tuvo el cambio que consistió en que la lesión física dejara de tener un papel secundario y asumiera el centro de la explicación de la enfermedad dentro de este programa.

paciente y de la enfermedad. La lesión sería el fundamento de la enfermedad. Dice Laín Entralgo:

Hasta Bichat, la jerarquía de la lesión dentro de la ciencia patológica se hallaba subordinada a la principal jerarquía del síntoma: *laesio ancilla symptomatum*. La lesión era vista, a lo sumo, como «causa continente» de, unos síntomas ordenados en especies según su apariencia clínica. Para Bichat, en cambio, no sólo la entidad más también la ordenación nosográfica de los síntomas debe ser consecutiva a la lesión anatómica a que esos síntomas parecen corresponder: *symptomata serva laesionis* (Laín, 1950: 229).

2. 2. DISTINCIÓN OBJETIVO/SUBJETIVO

Otro de los elementos que constituyen el concepto biomédico de la enfermedad es la distinción entre objetivo/subjetivo, expresada en la distinción signo/síntoma, que permite la independencia del diagnóstico del juicio del enfermo. Esta distinción resulta de una gran importancia para garantizar la objetividad del diagnóstico. Un signo es un dato objetivo, accesible al médico y a cualquier otra persona entrenada, no sólo al paciente. Por ejemplo: la temperatura, el número de pulsaciones por minuto, etc. Por el contrario, un síntoma es algo subjetivo, no accesible al médico ni a ningún otro sujeto como no sea el propio paciente.

La distinción entre los aspectos objetivos y subjetivos de la enfermedad, si bien estaba ya presente en germen desde Bichat, será formulada claramente por Corvisart. Este

médico introduciría una distinción de base cartesiana que marcará una de las principales características del modelo biomédico contemporáneo:

En el «Discours préliminaire» a su *Essai*, Corvisart distingue expresamente, dentro de cada individuo, un *homme physique* y un *homme moral*. Sigue con ello la versión que los «ideólogos» de su tiempo (Cabanis, Destut de Tracy, etc.) han dado de la disociación antropológica cartesiana (Laín, 1950: 234).

Mediante esta distinción se realizaría una separación conceptual de capital importancia entre los síntomas y los signos de la enfermedad. Los síntomas corresponderían a los aspectos subjetivos de la enfermedad y los signos a los aspectos objetivos de la misma:

Con ello, por otra parte, aumenta la distancia entre lo que el enfermo «habla» y lo que el médico «ve». En la exploración tradicional, desde Hipócrates hasta el siglo XVIII, se mezclaban indiscernida e indiscerniblemente esos dos ingredientes nosográficos. ¿Seguirán así las cosas cuando el juicio del clínico comience a basarse sobre datos en absoluto ajenos al sentir y decir del enfermo y, lo que es más, logrados mediante un artificio exploratorio del médico?» (Laín, 1950: 234).

Una vez realizada claramente esta separación entre ambos niveles, los aspectos objetivos adquirirán una preeminencia enorme en detrimento de los subjetivos. Con esto,

las ideas de Bichat serán llevadas a su máximo desarrollo por Corvisart. Esto nos permite hablar de un cambio epistemológico fundamental llevado a cabo por el programa anatomoclínico. Respecto de la pregunta: ¿Cuál es el criterio para saber si alguien está enfermo o no? El nuevo criterio de la enfermedad que darán los anatomopatólogos será un criterio objetivo y localizado en la lesión física de un tejido, a diferencia de lo que la tradición había considerado la base de la enfermedad:

¿Cuál puede ser ese criterio? «la sensación del cuerpo», respondió el hipocrático; «la exploración física», responde Corvisart, más con los hechos que con las palabras. Pero cuando esa respuesta viene después de haber escindido al individuo en un «hombre físico» y un «hombre moral» igualmente dignos de estudio, la consecuencia no puede ser sino la partición de los datos de exploración en tres porciones: los «signos ciertos y constantes», unívocos respecto de su causa inmediata, las expresiones del «hombre moral» relativas a la enfermedad, esencialmente equívocas, variables y suspectas; y, entre estas y aquellos, los síntomas orgánicos que, como el vómito y la fiebre, carecen de una significación semiológica fija conocida. La discriminación entre lo «subjetivo» y lo «objetivo» de la enfermedad va haciéndose más patente y deliberada. Las historias clínicas de Corvisart y, sobre todo, su contexto semiológico, lo prueban con suficiente evidencia (Laín, 1950: 235).

De esta manera, a partir de ideas provenientes de Descartes, el criterio para la enfermedad recae sobre los signos, que por su naturaleza pueden dar una garantía de la

objetividad del diagnóstico. Y se abandona una larga tradición en la que lo subjetivo y lo objetivo estaban mezclados.

2. 3. LA CÉLULA COMO EL SITIO DE LA ENFERMEDAD

El tercer elemento importante dentro del concepto biomédico de la enfermedad consiste en la unidad de análisis básico para poder hablar de enfermedad. Y esta idea se la debemos a Virchow. Éste localiza el fundamento de la enfermedad no en el tejido, tal como lo había hecho la escuela francesa, sino en las células. Pudiendo hablarse desde entonces de células enfermas. Adelantándonos un poco al capítulo, podemos decir que tras esta escuela alemana, el avance del conocimiento del siglo XX permite encontrar los fundamentos de la enfermedad en la biología molecular, pero que a pesar de estos importantes avances, actualmente se sigue considerando a la enfermedad como un tipo de disfunción. Si bien, a diferencia de Bichat, la disfunción no es necesariamente la lesión física de un tejido sino que puede ser entendida como una disfunción biológica. En términos generales, dicho concepto iniciado por Bichat se sigue manteniendo dentro de la ciencia médica, razón por la que algunos llaman a esta concepción el modelo mecánico de la enfermedad. Pero regresando a la escuela alemana, cuyo principal representante sería Virchow, podemos decir que su teoría de la enfermedad se fundamenta en la teoría celular desarrollada por Schwann. La teoría celular podría resumirse en los siguientes seis postulados:

1. Todos los seres vivos están formados por una o más células.

2. Todas las células son esencialmente de la misma naturaleza.
3. La célula es la unidad estructural mínima de los seres vivientes.
4. Las células siempre derivan de células.
5. Los organismos multicelulares están formados por células y productos derivados de células.
6. Las células son individuales, aun cuando formen parte de organismos multicelulares (Pérez Tamayo, 1985: 126).

Gracias a estos postulados, Virchow desarrolla su idea de la célula como fundamento de la enfermedad. Los postulados de su teoría pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Las células son las unidades de la vida.
2. Los tejidos y los órganos de los organismos vivientes están compuestos por células; el organismo es un estado celular.
3. Las células son nutridas por los vasos sanguíneos.
4. Las células son las unidades de la enfermedad.
5. Las células poseen la propiedad de irritación mientras se mantienen vivas. La respuesta a la irritación puede ser de tres tipos diferentes: funcional, nutritiva y formativa.
6. Las alteraciones funcionales producen fatiga y agotamiento; los trastornos nutricionales se manifiestan con hipertrofia, tumefacción turbia e inflamación, o cambios pasivos tales como degeneración y necrobiosis. Las alteraciones formativas producen hiperplasia, formación de pus, tuberculosis y neoplasias (Pérez Tamayo, 1985: 22).

De estas ideas surge la consecuencia siguiente:

Por más vueltas que demos siempre volveremos a la célula. El mérito eterno de Schwann no está en su teoría celular que ocupó tanto tiempo un primer plano y quizás pronto sea abandonada, sino en su descripción del desarrollo de los diversos tejidos, y en su demostración de que este desarrollo (y, en consecuencia, toda la actividad fisiológica) en última instancia deriva de la célula. Ahora bien, si la patología es nada más que fisiología con obstáculos, y la existencia enferma es nada más que la vida sana alterada por todo tipo de influencias externas e internas, entonces también la patología debe estar referida a la célula (Virchow citado en Pérez Tamayo, 1985: 128).

Esta misma idea sería expresada de la siguiente manera por un autor contemporáneo:

La célula es la unidad biológica mínima en la cual todas las propiedades esenciales de la vida están presentes. Si la enfermedad es vida en condiciones anormales [...] entonces la patología debe referirse, en última instancia a la célula. Las anomalías tanto moleculares como subcelulares sólo tienen sentido cuando se las considera al nivel celular de la organización biológica (Pérez Tamayo, 1985: 129).

Lo que implicaría que la célula es la unidad de análisis básico de los seres vivos y, por lo tanto, de las enfermedades.

Para definir la célula en su nivel de organización biológica significativa es necesario identificar una o varias funciones que sean específicas de ellas. En otras palabras, es imperativo justificar la existencia biológica de la célula enumerando sus propiedades únicas. Se entiende que las células están compuestas por nada más que moléculas y también que las células se consideran en general (en cuanto a su importancia médica) como las unidades que constituyen estructuras de mayor complejidad, desde tejidos relativamente simples hasta la estructura hermosamente barroca del organismo completo (Pérez Tamayo, 1985: 125).

En el párrafo anteriormente citado aparece una idea muy importante, la idea de que la enfermedad es la vida en condiciones anormales, por lo que la patología tiene como fundamento a la fisiología.

2.4. LA FISIOLOGÍA COMO FUNDAMENTO

Gracias a los desarrollos vistos en las secciones precedentes aparece la cuarta de las ideas del concepto biomédico: la idea de que la fisiología es el fundamento de la medicina, o dicho de otra manera, que la enfermedad es la vida en condiciones anormales. Esta idea será desarrollada por dos de los fisiólogos más importantes del siglo XIX: Virchow y Claude Bernard.

Uno de los primeros en expresar la idea es Bernard en su famoso texto *Introducción al estudio de la medicina experimental*:

El organismo no es más que una máquina viviente construida de tal manera que hay, por una parte, una comunicación libre del medio exterior con el medio interior orgánico, y por otra funciones protectoras de los elementos orgánicos para tener los materiales de la vida en reserva y sostener sin interrupción la humedad, el calor y las demás condiciones indispensables a la actividad vital. *La enfermedad y la muerte no son sino una dislocación o una perturbación del mecanismo* (Bernard, 1865: 249, cursivas mías)

De Bernard también es la idea según la cual “La vida se manifiesta en el estado de salud por la actividad normal de los elementos orgánicos; las enfermedades se caracterizan por la manifestación anormal de *los mismos elementos*” (Bernard, 1865: 236, cursivas mías). Es decir, la enfermedad es una biología alterada, la enfermedad es la vida en condiciones anormales. Tal como lo expresa Laín Entralgo:

En lo esencial, las fuerzas y las leyes que promueven y presiden el movimiento vital llamado enfermedad son exactamente las mismas que rigen la vida fisiológica o normal. *La enfermedad no es sino actividad fisiológica en condiciones anormales. Por tanto, debe ser científicamente estudiada con los mismos métodos que la vida fisiológica: «Las condiciones bajo las cuales se configura la vida enferma -escribía Frerichs- deben ser investigadas según el mismo proceder empírico que las del general proceso de la vida [...], del cual aquélla es sólo una fracción»* (Laín, 1950: 316, cursivas mías)

2.5. UNA DEFINICIÓN DEL CONCEPTO BIOMÉDICO

De todo lo anteriormente visto podemos resumir las características que desarrollamos en este capítulo como sigue. El concepto biomédico de la enfermedad sostiene que:

1. La enfermedad se asocia a cambios anatómicos o funcionales del organismo.
2. Hay una distinción entre los elementos objetivos y subjetivos de la enfermedad.
3. El sitio de la enfermedad es la célula.
4. La fisiología es el fundamento de la medicina.

Por su parte, Marcelo Rodríguez (2011: 113), considera que algunas de las principales características del concepto biomédico son:

1. “Se basa en la integración de hallazgos clínicos y de laboratorio sobre el modelo de la anatomía patológica”.
2. “El organismo es considerado como una máquina, y la enfermedad como un daño en su funcionamiento. El todo resulta de la unión de la partes” (Rodríguez, 2011:113).
3. “El médico es quien mediante su conocimiento tiene la capacidad de restablecer el funcionamiento normal del organismo (salud)”.
4. “Todo puede ser explicado mediante relaciones causa-efecto. La enfermedad siempre tiene una causa”.

5. “La enfermedad es aquella dolencia que el médico puede identificar, diagnosticar y tratar mediante procedimientos medianamente preestablecidos”.

A Partir de lo dicho podríamos expresar una definición del concepto biomédico en la que podemos encontrar presentes los cuatro elementos que hemos descrito a lo largo de este capítulo. Dicha definición es de Pérez Tamayo:

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: 235-236, cursivas en el original).

Como podrá notarse, esta definición captura muchas de las características que hemos atribuido al concepto biomédico. Así que puede servirnos como una caracterización adecuada de este concepto de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Algunas de las características más importantes del concepto biomédico se han establecido merced a un proceso histórico iniciado a finales del siglo XVIII y que continuó durante el siglo XIX y XX. Algunos de los nombres asociados a dichos procesos son: Morgagni, Bichat, Corvisart, Virchow, Bernard, entre otros.

La enfermedad se concibe como la lesión anatómica o funcional de un tejido. Esta concepción implicó a su vez la segunda característica fundamental del concepto biomédico, la idea según la cual es el aspecto físico, objetivo, accesible a los sentidos entrenados del médico y no los aspectos subjetivos, accesibles sólo al paciente, lo más importante para determinar la enfermedad. Más tarde esta idea será expresada mediante la separación entre un hombre subjetivo y un hombre objetivo que daría lugar a la clara distinción entre síntomas y signos. Siendo el hombre objetivo el más importante de los dos.

El tercer elemento es la idea de que el sitio de la enfermedad es la célula, de tal manera que el estudio de la enfermedad debe tener a ésta como unidad básica de análisis. Lo que posteriormente daría lugar a la idea de una medicina que puede prescindir del concepto de persona u organismo para centrarse en el estudio de la célula.

La enfermedad es la vida en condiciones anormales, que más que constituir una definición como tal de enfermedad es un presupuesto que permite concebir a la patología como un tipo de biología de las condiciones anormales.

Esta concepción de la enfermedad permitió articular la medicina en el cuerpo de las ciencias, pues tenía como fundamento de su labor a la fisiología y sus conceptos estaban de acuerdo con el estilo de pensamiento de científico de la época. Sin embargo, hasta ahora

sólo hemos visto sus características principales de una manera general, sin tener en cuenta ninguna formulación específica. Eso se realizará en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Descripción bioestadística del concepto biomédico

INTRODUCCIÓN

Cristopher Boorse es uno de los teóricos que más ha contribuido a clarificar el concepto biomédico. Su concepto bioestadístico de la enfermedad se discute desde los años setenta del siglo pasado como uno de los conceptos, que si bien no carente de problemas, resulta más influyente. Este concepto retoma la distinción de la filosofía analítica entre hecho/valor y está pensado como una respuesta a lo que él mismo ha bautizado como normativismo, es decir, las ideas de filósofos como Canguilhem y Zsazs, de acuerdo a las cuales el concepto de enfermedad de la medicina no expresa un hecho del mundo sino un valor (o valores).

El análisis que propone Boorse del concepto biomédico pretende clarificarlo, explicitarlo. Su objetivo es descriptivo, y busca consignar el uso del concepto de enfermedad tal como lo emplean los patólogos; no busca proponer un sentido nuevo o reformar el sentido que ya está en uso dentro de la ciencia.

Primeros candidatos para definir la enfermedad

En uno de sus artículos más importantes: “Health as a theoretical concept”, de 1977, Boorse revisa varios candidatos posibles para entender la enfermedad. Después de hacer una presentación de los distintos candidatos para definir la enfermedad habla de las deficiencias de cada uno de ellos para poder descartarlos y posteriormente realizar su descripción bioestadística, o también llamado concepto teórico de la enfermedad. Revisemos este recorrido.

El primer candidato que revisa es el del valor negativo. La enfermedad se ha asociado de tal manera con lo indeseable que parecieran identificarse: las enfermedades son los estados indeseables o de valor negativo. Pero esta caracterización no es ni necesaria ni suficiente. Podemos encontrar circunstancias en las que la prevalencia de la enfermedad sea ventajosa y por lo tanto deseable. Por ejemplo, la anemia falciforme en poblaciones donde el paludismo sea endémico puede llegar a ser deseable y representar una ventaja para la sobrevivencia, debido que las personas que presentan este tipo de anemia son inmunes al paludismo. Un segundo ejemplo es la actual valoración positiva que en algunas comunidades o “subculturas urbanas” de los Países Bajos y otras partes de Europa se da al sida. Dentro de esas comunidades el sida es valorado como un don y se celebran fiestas para recibirlo: son las llamadas *conversion parties*, donde los *bug chasers* buscan recibir el *don* de los *gift givers*. Además de estos dos casos, hay estados indeseables que no son una enfermedad, tales como la fealdad, el ser más débil o más bajo que el promedio.

La segunda opción que revisa es si la enfermedad es aquello que es o puede ser objeto de tratamiento médico. Dicho de otra manera: la enfermedad es aquello que los

médicos tratan. Pero ésta tampoco es una condición ni necesaria ni suficiente. El parto, las cirugías estéticas, la circuncisión, el aborto y la anticoncepción son objeto de tratamiento médico, sin que por eso sean una enfermedad. La razón por la que son objeto del trabajo de los médicos no tiene que ver con que sean una enfermedad sino con que los médicos han sido exitosos en su aplicación. Por el contrario, de acuerdo a esta concepción, una enfermedad que no dispusiera de un tratamiento médico o que no fuera reconocida como tal, no sería realmente un estado patológico.

La tercera opción es la de la normalidad estadística. Es decir, lo normal en sentido médico sería aquello que se encontrara dentro de la norma estadística. Lo común sería lo normal y lo poco usual lo patológico. Nuevamente esta opción no resulta necesaria ni suficiente. Hay comunidades enteras donde los estados normales, en sentido médico, pueden ser raros, es decir no normales en sentido de normalidad estadística. Y por el contrario, los estados patológicos pueden ser muy frecuentes en muchas poblaciones. Como ejemplo de esto último, considérese el caso de la caries dental que es completamente normal desde el punto de vista estadístico en nuestro país, pero no normal desde el punto de vista médico.

La cuarta opción señala la enfermedad como aquello que causa dolor, sufrimiento o incomodidad. Pareciera que toda enfermedad debe ser dolorosa o implicar un sufrimiento para ser tal, razón por la que definir la enfermedad a partir del dolor podría ser una opción viable. Sin embargo, no resulta un candidato más afortunado que los demás debido a que hay muchas enfermedades que no producen dolor o incomodidad durante varias de sus etapas (enfermedades silenciosas); el caso de enfermedades muy leves o poco serias que no implican ningún tipo de molestia sería otro caso en contra de esto último. Y por el

contrario, no todo lo que produce dolor e incomodidad es una enfermedad. La menstruación, el parto, la salida de los dientes y otros estados considerados normales pueden provocar incomodidad o incluso llegar a ser muy dolorosos.

La quinta opción es la incapacidad. Para esta concepción la enfermedad se puede definir como la incapacidad para realizar alguna función necesaria para la supervivencia o la reproducción. Que una persona sea incapaz de trabajar debido a su malestar parecería un componente indispensable para definir la enfermedad. El problema de esta caracterización es que sólo algunas enfermedades, sobre todo las que afectan de manera global al individuo conllevan una incapacidad. El acné, las verrugas, o incluso patologías como el sida durante su etapa asintomática, si le hiciéramos caso a esta definición, no entrarían dentro de la categoría de enfermedades, pues no implican una incapacidad para el trabajo, la supervivencia o la reproducción. Lo mismo podría decirse de otras patologías menores según esta definición de enfermedad.

Sexta opción: incapacidad de adaptación. Si la salud es entendida en términos de “adaptación al medio ambiente”, aparece el problema de que la prevalencia de cierto tipo de enfermedades es una adaptación al medio ambiente, como es el caso (ya citado arriba) de la anemia de células falciformes, que es más frecuente en ambientes donde el paludismo es endémico. En ciertos ambientes la prevalencia de alguna patología puede presentar ventaja adaptativa sin que por eso deje de ser enfermedad. Por el contrario, habilidades como tocar el violín pueden contar como una mayor adaptación sin que su ausencia se considere patológica. Así que otra vez esta no es una definición satisfactoria en términos de condiciones necesarias y suficientes.

Séptima opción: homeostasis. Es decir, la salud es entendida como “el conjunto de mecanismos fisiológicos que contribuyen a mantener constante el medio interno”. Si la salud es entendida como homeostasis, aparece el problema de que este concepto “no incluye muchos otros aspectos del funcionamiento normal del individuo” (Pérez Tamayo: 1988: 219), tales como “el crecimiento, la reproducción, el movimiento, y hasta las percepciones sensoriales” (Cfr: Pérez Tamayo: 1988: 218). Para esta concepción, las enfermedades supondrían una ruptura del equilibrio homeostático. Pero según Boorse, “existen muchas funciones que lejos de mantener el equilibrio lo invierten o lo modifican: la percepción, el movimiento, el crecimiento y la reproducción son funciones normales que no responden al criterio de la homeostasis” (Giroux, 2010: 63). Por lo que resulta insuficiente esta caracterización.

3.1. CONCEPTOS TEÓRICO Y PRÁCTICO

Boorse establece una distinción que resulta fundamental para comprender su idea del concepto bioestadístico. La distinción se establece entre el concepto práctico y el concepto teórico de la enfermedad. El concepto práctico, a grandes rasgos, corresponde con lo que llamamos padecimiento.³³ El concepto teórico, por el contrario, corresponde con la enfermedad en cuanto tal. El padecimiento sería un concepto más vinculado con la clínica, y el concepto de enfermedad sería uno más vinculado con la patología. Y en este sentido, el

³³Los términos que usa Boorse son los de *illnes* y *disease*. En general, la mayoría de los traductores entiende enfermedad por *disease* y padecimiento por *illness*.

interés principal de su análisis recae en el concepto teórico (que sería el concepto científico) y no en el concepto práctico (que sería más social).

Enfermedad (concepto teórico) y padecimiento (concepto práctico) vienen a ser como dos caras de una moneda: el proceso real, objetivo y el punto de vista personal del sujeto enfermo correspondería al primero. Por el contrario, los aspectos subjetivos, sociales, históricos y biográficos podrían corresponder con el segundo. Las razones de esta distinción son múltiples y tiene que ver con los compromisos metafísicos y epistemológicos del modelo biomédico. La enfermedad, como se verá un poco más adelante, puede entenderse como una disfunción biológica; el padecimiento, por el contrario, puede definirse de la siguiente manera:

Padecimiento. Experiencia personal y subjetiva que puede o no depender de enfermedad, manifestada por un comportamiento que responde en parte a ella y en parte al papel que el sujeto afectado adopta frente a la sociedad. La magnitud y el estilo de padecimiento son variables e independientes de la enfermedad (cuando ésta existe) y puede desde negarse estoicamente hasta exagerarse escandalosamente. Como se trata de un comportamiento, implica juicios de valor y está determinado sobre todo por el tiempo y la sociedad dentro de la que se inscribe (Pérez Tamayo, 1988: 236).

Es necesario distinguir entre enfermedad y padecimiento porque no todos los casos en que la persona acude al médico con malestar implican una enfermedad, a veces se trata sólo de un padecimiento. Si quitamos de nuestro análisis los padecimientos en los que no hay una enfermedad, nuestro análisis corresponderá con las ideas de Boorse.

Hay que tener muy claro que no se afirma que se pueda reducir el concepto práctico al concepto teórico sino que el teórico es más fundamental, es decir es prioritario. Para poder obtener el concepto práctico es necesario introducir valores, que no se derivan del concepto teórico. El objetivo de Boorse tampoco es reducir la clínica a la patología ni nada por el estilo, sino más bien definir el concepto que parece más básico y fundamental de la enfermedad.

Para él, todos aquellos casos en los que parece involucrarse un juicio de valor en la enfermedad quedarían explicados mediante la idea del concepto práctico de la enfermedad. De esta manera se preservaría el carácter objetivo y libre de valores del concepto teórico, que sería fundamentalmente patológico, dejando un lugar para ellos en el ámbito del concepto teórico, fundamentalmente clínico. Dicho de manera rápida, el concepto práctico es axiológico, el concepto teórico no lo es. Otra manera de definir el concepto práctico (padecimiento) es la siguiente:

En el texto la definición que propone es: “una patología (*disease*) es una enfermedad [práctica] (*illness*) sólo si ella es suficientemente grave para ser incapacitante, y por lo tanto, para ser (I) indeseable para aquel que es afectado; (II) una cualificación para un tratamiento particular; y (III) una excusa válida para un comportamiento normalmente criticable” (“Disease and illness”, citado en Giroux, 2010: 83).

Los objetivos de distinguir ambos conceptos son los siguientes:

1. Hacer frente al normativismo.³⁴ Es decir, evitar la idea de que la distinción normal/patológico es inventada y no es real.
2. Evitar el relativismo: evitar que cualquier cosa pueda ser considerada como una enfermedad dependiendo, de circunstancias sociales.
3. Evitar un abuso político de los conceptos de salud y enfermedad mediante la formulación de una noción objetiva que no se preste para esto.
4. Hacer una distinción entre lo central y lo periférico del concepto de enfermedad. Lo central sería lo que correspondería realmente con la enfermedad y lo periférico serían situaciones o procesos que pueden ser tratados por la medicina sin que sean una patología.

Como puede verse, el sentido de estos objetivos tiene que ver con el carácter científico del concepto central de la medicina. Y ese es uno de los propósitos más importantes de Boorse: capturar la idea según la cual la enfermedad no es algo inventado o arbitrario, sino que se trata de una distinción que captura algo del mundo real. La enfermedad no es un invento del hombre sino que se trata de algo que se le impone, algo real y como tal la descripción que él presenta trata de ser objetiva y empírica.

3.2. CONCEPTO BIOESTADÍSTICO

³⁴Las características del normativismo se verán más adelante en este capítulo y el siguiente. Por ahora podría bastar con decir que es la posición que considera que el concepto de enfermedad es normativo, es decir que no refiere a un hecho del mundo sino a lo que una comunidad considere como indeseable. Es lo opuesto del naturalismo en filosofía de la medicina.

Presentemos ahora sí con todo detalle el núcleo de la propuesta de nuestro autor. Boorse dice lo siguiente acerca de su definición de salud y enfermedad:

Sostengo que en sentido teórico la salud es la ausencia de enfermedad (*disease*); *la enfermedad no es otra cosa que el funcionamiento biológico de una parte del organismo, estadísticamente subnormal para la especie*; por lo tanto, la clasificación de estados humanos como sanos o patológicos es una cuestión objetiva, que se debe resolver a partir de hechos biológicos de la naturaleza, sin que sea necesario recurrir a juicios de valor (Boorse citado en Giroux, 2010: 79, cursivas mías).

Como puede verse, su descripción no pretende dar cuenta de todos los sentidos de enfermedad, sino sólo de lo que los patólogos llaman “enfermedad”; no lo que los clínicos, los abogados o las personas religiosas llaman “enfermo”. Como podrá notarse, algunas de los principales características son las nociones de función biológica, estadística, ausencia de juicios de valor y objetividad. Enfermedad será definido como aquello que dentro de una clase o grupo de referencia (individuos de la misma especie, edad y sexo), disminuya la eficiencia típica de una función biológica.

De manera más precisa, la definición del concepto teórico de la enfermedad es la siguiente. Se presenta en cuatro definiciones:

1. La *clase de referencia* es una clase natural de organismos de diseño funcional uniforme; especialmente, un grupo de edad de un sexo de una especie.

2. Una *función normal* de una parte o proceso de miembros de la clase de referencia es una contribución estadísticamente típica a la supervivencia y reproducción del individuo.
3. La *salud* en un miembro de la clase de referencia es la *capacidad funcional normal*; la disposición de cada parte interna para desempeñar todas sus funciones normales en ocasiones con eficiencia al menos típica.
4. Una *enfermedad* es un tipo de estado interno que disminuye la salud, es decir, que reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica (Boorse, 1977: 555).³⁵

Para que quede lo más claro posible, expliquemos cada uno de los elementos de la definición.

1. La *clase de referencia* es una clase natural de organismos de diseño funcional uniforme; especialmente, un grupo de edad de un sexo de una especie.

La clase de referencia es una idealización estadística o ideal empírico.

³⁵“1. The reference class is a natural class of organism of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species.

2. A normal functional of a part or process within members of the reference class is a statistically typical contribution by it to their individual survival and reproduction.

3. Health in a member of the reference class is a normal functional ability: the readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency.

4. A disease is a type of internal state which impairs health, i.e. reduces one or more functional abilities below typical efficiency” (Boorse, 1977: 55).

Para aquello que le interesa al fisiólogo, la uniformidad predominaría sobre las variaciones y las diferencias. Sin esta homogeneidad de los individuos, la existencia misma de los manuales de fisiología describiendo al detalle el funcionamiento del organismo humano sería impensable. Por otra parte, todo acto clínico llegaría a ser, el mismo, imposible: “el diagnóstico médico y el tratamiento de la pancreatitis, por ejemplo, requieren la seguridad que el paciente atribuye a otras personas sobre el tener un páncreas localizado cerca del estómago, que secreta enzimas que pueden atacar el órgano mismo (Giroux, 2010: 101).

Dicho de otra manera: “la gran variabilidad entre los individuos, sobre la cual el clínico debe estar particularmente atento, no impide que exista una cierta homogeneidad gracias a la cual los enunciados funcionales de la fisiología son posibles (Giroux, 2010: 101). “Si el biólogo evolucionista puede interesarse por variaciones interindividuales como mutaciones, que pueden dar nacimiento a una nueva especie, no es éste el caso del fisiólogo ni del médico, los cuales se centran en la organización funcional *actualmente* estabilizada de un conjunto de organismos individuales” (Giroux, 2010: 103).

2. Una *función normal* de una parte o proceso de miembros de la clase de referencia es una contribución estadísticamente típica a la supervivencia y reproducción del individuo.

Antes de presentar la noción de función biológica que emplea Boorse considero que puede ser útil decir algunas cosas para contrastar su concepción con otras maneras de entenderla.

Para el filósofo Ernest Nagel³⁶, resulta central clarificar la noción de función biológica de manera tal que sea interpretada de una manera causal, evitando toda traza de finalismo, que es la manera en que Aristóteles la había entendido. A propuesta de Nagel, se pretendía reducir o traducir los enunciados funcionales a enunciados de tipo causal.

En los años sesenta, Wright (1973) presenta su noción de función biológica. La tradición que inicia este autor es conocida con el nombre de evolutiva o etiológica, y sería seguida por autores como Millikan (1984). De acuerdo con estos pensadores, determinar la función, por ejemplo de un artefacto puede ser posible recurriendo a la intención del diseñador. Por ejemplo un abrelatas, la función propia de este objeto está determinado porque fue diseñado para eso. Si después lo usamos como adorno o como martillo o para otro fin, eso ya no es su función propia para la que inicialmente fue creado. Pero en el caso de un órgano o sistema, dado que no se postula la existencia de un diseñador, la función propia se entiende está determinada por la historia evolutiva, por la selección natural. El caso de los organismos vivos podemos decir que mediante el proceso de selección natural éstos llegaron a desarrollar sus funciones. Por ejemplo, para poder determinar la función de la mano en los humanos debemos ver la historia evolutiva de ésta, y de esta manera determinar su función.

Para la segunda tradición vinculada al nombre de Cummins (1972), la función se entiende como determinada por el rol que cierto órgano o sistema tiene dentro del organismo, independientemente de cuál sea su historia evolutiva. Para esta tradición, lo importante es el papel que determinado órgano juega dentro de un organismo. Esta noción

³⁶ En particular en su influyente libro sobre filosofía de la ciencia: 1961, *La estructura de la Ciencia*, Paidós México, 20006.

está inspirada en la teoría de sistemas y lo importante es ver qué papel juega determinado órgano en el sistema del organismo biológico.

Ahora veamos la noción de función biológica de Boorse. Dice Giroux: “Para Boorse, la función no es otra cosa que una contribución a una meta; la orientación hacia una meta, siendo aprehendida en una versión ‘cibernética’ de la teoría sistémica”. (Giroux, 2010: 96). El organismo biológico individual es entendido como un sistema: “En fisiología, el sistema es el organismo individual del cual las metas pertinentes son la sobrevivencia y la reproducción” (Giroux, 2010: 97). De esta manera, la noción de función de Boorse resulta estar exenta de valores sociales o de otro tipo.

Al mismo tiempo, su noción permite distinguir entre la función de un órgano o sistema y distinguirlo del efecto accidental.

3. La *salud* en un miembro de la clase de referencia es la *capacidad funcional normal*; la disposición de cada parte interna para desempeñar todas sus funciones normales en ocasiones con eficiencia al menos típica.

Con los dos elementos definidos arriba es posible presentar la manera en que se entiende la salud. La salud queda definida para el grupo de referencia, y dentro de este grupo de referencia, sano será la capacidad funcional que corresponda con la eficiencia funcional típica de cada uno de los órganos o partes para desempeñar sus funciones biológicas. De esta manera, mediante las nociones de función biológica, clase de referencia

y eficiencia funcional típica es que la noción de función queda definida de una manera naturalista, sin implicar juicios de valor de ningún tipo.

Al mismo tiempo esta es una manera objetiva de definir la salud, pues puede ser determinada mediante el estudio empírico de la manera en que funcionan los organismos. Determinar la salud es producto de una investigación empírica, sin necesidad de introducir juicios de valor, normas sociales u otro tipo de consideraciones extracientíficas.

4. Una *enfermedad* es un tipo de estado interno que disminuye la salud, es decir, que reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica.

Para el concepto teórico, la enfermedad es la falta de salud. No se cae en un círculo vicioso, como en el caso de algunas definiciones de diccionario, porque al definir la salud de esta forma se otorga una definición sustantiva: la salud es la eficiencia típica de las funciones biológicas para el grupo de referencia.

Como puede verse en el enunciado de Boorse, una enfermedad “reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica”. En esta formulación es claro que la enfermedad se concibe como una disfunción. Con lo que el concepto de función biológica pasa a ocupar un puesto central dentro de esta definición.

La visión de la enfermedad como una disfunción es una fórmula muy importante dentro del modelo biomédico de la enfermedad. La definición tiene dos elementos principales: la noción de función biológica y la noción de clase de referencia.

3. 3. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO BIOESTADÍSTICO

3. 3. 1. Naturalista.

La propuesta de Boorse es naturalista en varios sentidos. Primero que nada, es naturalista en el sentido de que asume la distinción hecho/valor, ciencia/no ciencia de muchos filósofos analíticos y considera que el concepto teórico de la enfermedad está libre de valores. Para él, la enfermedad es objetiva y el concepto teórico reflejaría este aspecto.

El concepto teórico de la enfermedad se refiere al proceso real, objetivo, y lo que él llama el concepto práctico de la enfermedad se puede entender como un cambio en la persona, notado por ella misma o por los demás, en donde se deja de poder realizar cosas que antes se podían hacer, o bien no se hacen cosas que deberían poder hacerse, o bien como modificaciones del comportamiento o sentimientos de la persona. Es decir, el concepto de padecimiento es fundamentalmente clínico e implica la idea de un cambio negativo en la persona. Por el contrario, el concepto teórico es fundamentalmente “natural” y no social o axiológico o personal

Pero su naturalismo es de un tipo muy particular, pues considera que el concepto teórico es no valorativo axiológicamente, es decir socialmente. Pero asume una concepción de un cierto tipo de “valores” de tipo natural, tales como el valor métrico. Y este tipo de valores naturales sí entrarían dentro de la definición de la enfermedad. A esta posición se le

ha llamado normativismo descriptivo. Y a pesar del nombre, seguiría siendo un tipo de naturalismo.

Estos distintos sentidos de naturalismo son los que le sirven de base para sostener la objetividad de la ciencia médica.

3.3.2. No reduccionista

La segunda característica es que es no reduccionista, en el sentido de que cree que el concepto práctico no se reduce al concepto teórico. El concepto teórico es más fundamental y prioritario que el práctico, pero no por eso el segundo se reduce al primero. Por la siguiente razón: el concepto teórico está libre de valores, y para poder obtener un concepto práctico (que por su propia naturaleza no puede estar libre de valores, porque implica los aspectos sociales, personales y psicológicos que están cargados de valores de tipo axiológico) es necesario introducir valoraciones, que no pueden obtenerse del concepto científico, por estar libre de ellos.

3.3.3. Analítico

Su concepto es analítico en el sentido de que se aplica a partes de un organismo, y no a la totalidad de éste. Puede predicarse la enfermedad de un órgano, un tejido, pero no de un individuo como un todo. Puede haber enfermedades que afecten de manera global un organismo, pero este sentido de global de todas maneras implicará que habrá algunas funciones que se están cumpliendo con una eficiencia típica, es decir, habrá funciones del sujeto que seguirán estando sanas.

Para muchos conceptos, por el contrario, la enfermedad sólo se predica del organismo como un todo, no de una de sus partes. Es el hombre el que está enfermo, no su hígado o su riñón. Por el contrario, para Boorse, la enfermedad no es de todo el organismo sino de partes. Es alguna función la que no se está realizando, la que está enferma. Las funciones son realizadas por partes del organismo, y no hay una función del organismo como un todo.

3.3.4. Descriptivo

La definición de Boorse de la enfermedad no pretende proponer un sentido nuevo para la enfermedad, no busca hacer una reconstrucción lógica del concepto, tampoco instaurar un sentido que no existía. Busca simplemente describir, clarificar el uso de normal y patológico tal como está en uso dentro de la ciencia médica. En este sentido es descriptivo, es análisis de un concepto que ya existe en la ciencia médica.

3.4. VENTAJAS DE SU ANÁLISIS

3.4. 1. Objetivismo

Boorse puede dar cuenta de las enfermedades silenciosas y de patologías no presentes en la conciencia, problema que resultaba central para autores como Canguilhem. Su concepción objetivista y naturalista de la enfermedad hace que una enfermedad pueda existir sin estar diagnosticada o sin que exista tratamiento para curarla. Más aún, no es necesario que una enfermedad tenga una valoración negativa para contar como tal. Así que también puede dar

cuenta de enfermedades que pueden tener una connotación positiva en algunas culturas y grupos humanos. Lo dice Giroux de la siguiente manera: “[...] tiene la ventaja de dar cuenta del hecho de que puede haber una patología sin que, sin embargo, haya allí una enfermedad vivida por el individuo, o un tratamiento a disposición, o incluso que le sean asignados valores negativos” (Giroux, 2010: 113).

3.4.2. Vinculación con otros seres vivos

Su propuesta no resulta antropocéntrica ni desvincula al ser humano del resto de las especies biológicas, como es el caso de las concepciones de la enfermedad para las que ésta es un fenómeno que aparece a la conciencia (caso de Canguilhem, por ejemplo). Para éstas resulta muy difícil, por tanto, aplicarla más allá del ser humano: a plantas y animales no humanos, una amiba, por ejemplo. Permite, además, dar cuenta de que emitimos juicios sobre el estado patológico de seres vivos además del ser humano: plantas y animales, pues no se basa en la noción de enfermedad vivida para la persona o ante la conciencia (Canguilhem) o de enfermedad clínica.

3.4.3. Cientificidad

Responde al afán de dar cuenta del estatuto científico de la medicina y de las variaciones de la concepción de la enfermedad en culturas y épocas distintas. “[...] da una relación clara de relaciones lógicas entre los principales conceptos de salud” y “[...] les da un estatuto científico y haciéndolo, explica al mismo tiempo la variación cultural en los juicios sobre lo patológico, evitando el relativismo cultural” (Boorse citado en Giroux, 2010: 113).

3. 5. CONCEPTO BIOMÉDICO DEL SIDA

Respecto de los alcances del concepto biomédico, podemos citar como uno de sus logros más espectaculares el tratamiento del sida. El caso de esta enfermedad servirá también para ejemplificar un poco más el concepto y abundar acerca de la distinción entre padecimiento y enfermedad.

El concepto de sida fue originalmente un concepto clínico: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: síndrome, es decir, una asociación de signos y síntomas. Posteriormente al aparecer las pruebas serológicas para detección de anticuerpos de VIH, se distinguió entre el sida y la seropositividad, es decir, el carácter de portador sano del virus VIH. En la actualidad sida se define como:

- 1) La infección por VIH más la presencia de alguna enfermedad oportunista;³⁷
- 2) o bien como una carga viral³⁸ superior a 100,000 copias del VIH por mililitro circulante en sangre;

³⁷Una de las enfermedades que se presenta debido al daño que el VIH ha causado ya en el sistema inmune del huésped. Algunas de las más comunes son: candidiasis, neumonía por *Pneumocystis carinii* y toxoplasmosis.

³⁸Carga viral o CV, es la cantidad de copias del virus del VIH circulante en la sangre por mililitro. Es uno de los marcadores de laboratorio más importantes para determinar el grado de progresión de la enfermedad.

3) o bien como un conteo de células CD4+ inferior a 200 por mililitro de sangre o en su caso con un porcentaje de células CD4+ menor al 14%³⁹ (*cf.* Levy, 2007).

En el modelo biomédico el sida es una enfermedad porque es una disfunción del sistema inmune causada por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana, ya sea éste tipo 1 o tipo 2. La función del sistema inmune consiste en proteger al cuerpo de agentes patógenos; pero con el desarrollo de la infección por el VIH,⁴⁰ la función del sistema inmune queda reducida por debajo de la eficiencia típica o en los casos más avanzados dicha función prácticamente desaparece. Es decir, el sida es una enfermedad porque es una disfunción del sistema inmune, causada por la muerte de las células de defensa, particularmente las células llamadas CD4+, producida por la infección del VIH. Dicha baja de defensas causa que el sistema inmune sea incapaz de “defender” al organismo de bacterias, hongos y virus.

Ahora expondré el padecimiento asociado al sida. El padecimiento asociado al sida es la “experiencia personal y subjetiva” debida al sida, padecimiento que en cada sidático⁴¹ es diferente debido a sus creencias, su entorno social (y la fuerza del estigma o no presente

³⁹Las células más afectadas por la infección del VIH son las llamadas células de defensa CD4+. Muchos laboratorios establecen la cantidad normal de estas células entre 700 y 1200 por mililitro de sangre. Un conteo inferior a 200 o un porcentaje inferior al 14% indica que el paciente es incapaz de defenderse de múltiples infecciones oportunistas.

⁴⁰Actualmente se sabe que la infección por el VIH no sólo afecta al sistema inmune sino que es capaz de causar enfermedades por sí mismo y no sólo de manera indirecta a través del daño producido en el sistema inmune. Los principales sistemas y órganos afectados son: el sistema hematopoyético donde puede causar anemia, trombocitopenia y otras enfermedades; sistema nervioso donde puede causar demencia por VIH o meningitis; sistema gastrointestinal donde puede causar diarrea crónica; además puede afectar a los riñones causando nefropatía asociada al VIH; parece que también puede afectar al corazón causando miocarditis, entre otras (*Cfr.* Levy, 2007, “Capítulo VIII. El efecto del VIH en varios tejidos y órganos en el hospedero”).

en dicho entorno social), su edad, sus hábitos, su forma de vida, etc. El padecimiento “se manifiesta por un comportamiento”. “La magnitud del padecimiento es variable e independiente de la enfermedad” y como dice Pérez Tamayo (1988): “se trata de un comportamiento, implica juicios de valor y está determinado sobre todo por el tiempo y la sociedad dentro de la que se inscribe”.

Una persona puede vivir el sida con un sentimiento de culpa tremendo debido a sus concepciones morales o religiosas. Otra persona puede ser despedida de su trabajo y asociar a los malestares debidos al sida el estigma social de la discriminación y la pérdida de seguridad económica. Otra persona, por el contrario, puede creer que su enfermedad es sólo una enfermedad sin ninguna connotación moral y vivir además en una sociedad que no discrimine ni estigmatice a los sidáticos. El padecimiento es hasta cierto punto independiente de la enfermedad y está más condicionado, tal como ya se dijo, por la subjetividad de la persona y la sociedad en la que vive.

3. 6. PROBLEMAS

Este es el momento de hablar de los problemas que presenta la propuesta de Boorse. El concepto de enfermedad se entiende como una disfunción biológica. De esta manera, la inteligibilidad del concepto de enfermedad recae sobre la inteligibilidad de la noción de función biológica y de la noción de clase de referencia. Así, mucho del peso del concepto

⁴¹José G. Moreno de Alba recomienda el término “sidático”, libre de connotación peyorativa en lugar del término “sidoso” cargado de una connotación negativa (Cfr: Moreno de Alba, 1992, *Minucias del lenguaje*, México, FCE).

médico “enfermedad” es soportado por el concepto biológico de “función”. Dada la centralidad del concepto de función biológica, pues en términos de ésta es que se define la enfermedad, algunos de los problemas que se han presentado para definir este concepto biológico se presentan también para la propuesta de nuestro autor. Por su parte, Boorse considera que su propuesta tendría como principales dificultades las siguientes: los desórdenes estructurales y las patologías universales.

3. 6.1. Desórdenes estructurales

Este problema se refiere a la ausencia congénita de algunas partes, pero que son compatibles con el funcionamiento normal del organismo. Los ejemplos que da son la ausencia congénita del apéndice, la calcificación de la glándula pineal, deformidades menores que no problematizan el funcionamiento normal, tales como tumores internos y benignos.

3.6.2. Patologías universales

La segunda autocrítica se refiere a la presencia de patologías universales en la clase de referencia, tales como caries. Porque “[...] si la salud es el funcionamiento estadísticamente típico del *design* de una clase de referencia, ¿cómo dar cuenta de frecuentes formas de disfuncionamiento consideradas como patológicas por la medicina?” (Giroux, 2010: 124). Dado que la salud se había definido como el funcionamiento estadísticamente típico, y estadísticamente es típica la presencia de caries, éstas no deberían ser consideradas como una enfermedad. A pesar de lo cual se consideran de esta forma.

A lo que responde Boorse que “Lo patológico puede ser también ‘una limitación de una capacidad funcional causada por agentes medioambientales’”.

3.6.3. Otros problemas

Además de los problemas citados arriba, que son los que el propio Boorse considera más importantes para su teoría, Élodie Giroux (2010) considera que presenta otros problemas. Seguimos la clasificación que hace esta autora para exponer dichos problemas.

El disfuncionamiento tiene que ser valorativo

Para muchos autores el concepto de disfunción no puede estar carente de valores, por lo que suponen que el intento de Boorse de formular una noción naturalista está condenado al fracaso. Sin embargo, esta misma autora responde a esta crítica de la siguiente manera:

Nos parece que estas dos primeras críticas están ligadas a una insuficiente consideración de los objetivos de BOORSE y de la especificidad del concepto que él espera definir: un concepto general, lo patológico y no las enfermedades individuales, un concepto teórico, y por lo tanto parcial (no pretendiendo cubrir todos los usos del término) y analítico (válido para las partes del organismo) (Giroux, 2010: 117).

Es decir, que el concepto general, teórico de la enfermedad puede estar exento de valores, aunque haya casos particulares de enfermedades que no lo están.

Distinción entre conceptos teóricos y prácticos

Algunos objetan que la distinción entre ambos conceptos sea tal como la plantea Boorse, en particular que el concepto teórico, el nacido de la patología, deba ser el prioritario, y siguiendo a Canguilhem defienden que el concepto clínico, el concepto de la enfermedad aparecida en la conciencia, debe ser el concepto central.

En contra de esto último la respuesta de Boorse podría ser que su objetivo es definir el uso que se hace dentro de la patología del concepto de enfermedad porque esta es el área de la medicina encargada del estudio de la enfermedad en cuanto tal.

Problemas del concepto de función biológica

El concepto de función biológica que emplea Boorse no está exento de problemas. Para algunos, el principal problema recae en la dificultad que se ha presentado dentro de la filosofía de la biología para definir el concepto de función biológica.

Pero para BOORSE las objeciones sobre su concepto biológico de función no afectan directamente la TBS⁴² puesto que él considera que hay una independencia entre su análisis del concepto de función (filosofía de la biología) y su análisis del concepto de enfermedad (filosofía de la medicina) y que la TBS podría valer muy bien con otro concepto de función. Por otra parte, en la medida en que su análisis conceptual tiene por meta describir y explicar el concepto de la medicina teórica, si estas objeciones se afirman buenas, ellas no

42 TBS significa Teoría Bioestadística, es el nombre que se le da a la propuesta de Boorse.

alcanzarían en principio la TBS, sino que ante todo pondrían en evidencia que la medicina descansa sobre malos conceptos biológicos (Giroux, 2010: 120)

Estos tres problemas no agotan toda la serie de críticas que se le han dirigido a esta propuesta, pero basta para tener un panorama aproximado de las principales dificultades que se le presentan a este autor.

CONCLUSIONES

A pesar de las críticas que se han dirigido al concepto biomédico, éste es desde un punto de vista epistémico y científico el mejor concepto de la enfermedad en la actualidad. Además es el que mejores resultados ha dado al ser llevado hasta un modelo de tratamiento de las enfermedades. A pesar de los problemas que pueda presentar dicho modelo, no parece estar justificado actualmente hablar de un modelo alternativo que pueda justificar un cambio de paradigma. En este sentido, si los médicos abandonaran este concepto de enfermedad debido a los problemas de los que ya se ha hablado, no sólo estarían abandonando un paradigma científico, sino la ciencia médica, pues, tal como lo dice Kuhn, si los científicos abandonan una teoría científica sin tener otra con qué sustituirla, están abandonando la ciencia misma.

Algunas de las ventajas del concepto de Boorse son las siguientes: objetivismo. Boorse puede dar cuenta de las enfermedades silenciosas y de patologías no presentes en la conciencia, problema que resultaba central para autores como Canguilhem.

Vinculación con otros seres vivos. Su propuesta no resulta antropocéntrica ni desvincula al ser humano del resto de las especies biológicas, como es el caso de las concepciones de la enfermedad para las que la enfermedad es un fenómeno que aparece a la conciencia, y por tanto, parece muy difícil aplicarla más allá del ser humano.

Cientificidad. Responde al afán de dar cuenta del estatuto científico de la medicina y de las variaciones en la concepción de la enfermedad de culturas y épocas distintas.

Otra de las ventajas de este concepto es que responde a los criterios que se han postulado para que un concepto de enfermedad fuera aceptable. La concepción biomédica

presenta la ventaja de que al no culpar al individuo de su enfermedad, como en el caso del concepto mágico-religioso, no carga de culpa o de estigma al individuo, sino que ve su proceso de enfermar como un fenómeno natural, sin significación moral o escatológica (en el sentido que tiene esta palabra dentro de la teología como un fin último).

Capítulo 4. Conceptos de corte clínico

La soledad del viejo es un espacio donde se almacenan recuerdos.
Los que más le lastiman son los de la gente amada
que ya se ha ido de su vida porque se alejó o se murió.
También le molestan los recuerdos
de lo que pudo haber hecho y no hizo.

Médico de Personas, Dr. Fernando Martínez Cortés

INTRODUCCIÓN

Los proponentes de conceptos clínicos de la enfermedad consideran que ésta no se reduce a sus aspectos biológicos,⁴³ sino que incluye aspectos psicológicos (caso de Canguilhem) y también sociales (caso de Engel, Martínez Cortés y Wulff *et al.*). Con lo que la noción de

⁴³Los conceptos de la enfermedad de corte clínico (tales como los de Canguilhem y Fernando Martínez Cortés) pueden corresponder perfectamente con lo que Boorse llama el concepto práctico o clínico de la enfermedad, es decir, con los conceptos que sí tienen que ver con los valores de una sociedad y la subjetividad de una persona o lo que serían los niveles sociales y psicológicos del concepto biopsicosocial. Razón por la cual considero que lo dicho aquí es un desarrollo que puede complementar las ideas de Boorse acerca del concepto práctico de la enfermedad.

enfermedad sería mucho más amplia que la noción biomédica. La mayoría de los teóricos que se pueden incluir dentro de este grupo está de acuerdo en los grandes avances de la medicina gracias al modelo biomédico, pero creen que la medicina ha olvidado uno de sus objetivos centrales: el paciente que sufre, la persona. Para cambiar esto, en los años sesenta del siglo XX algunos teóricos formularon un modelo de la enfermedad conocido con el nombre de biopsicosocial. En dicho modelo se incluye al lado de la lesión o disfunción que constituye la enfermedad propiamente dicha, el padecer de la persona enferma y las circunstancias sociales y psicológicas que propician e intervienen en el proceso de enfermarse.

Los orígenes e ideas de estos teóricos son muy dispares, razón por la que trataremos cada uno de ellos en secciones diferentes. Sin embargo, algo que la mayoría de ellos comparte, además de la idea de que la medicina científica está deshumanizada, es un énfasis en la práctica clínica o en reflexiones en torno a la clínica, razón por la que los hemos agrupado bajo el nombre general de conceptos de corte clínico. Para empezar a clarificar estas ideas, empecemos con el sentido de la clínica. La clínica se entiende como: “[...] *la parte de la medicina que se ocupa del conocimiento y comprensión del hombre con problemas de salud, con el objeto de identificar y tratar de resolver dichos problemas*” (Martínez Cortés, 1979: 10). Otra forma de entenderla es:

Clínica es lo que hace el médico ante y con su paciente para identificar el problema de salud motivo de la consulta, para planear la manera de solucionarlo, aplicar algunas de las medidas tendientes a este fin y, por último, para percatarse de los cambios que dicho

problema va teniendo a lo largo del tiempo, ya en forma espontánea, ya en consecuencias de las medidas terapéuticas indicadas o aplicadas por el doctor (Martínez Cortés, 1979: 9).

Otro aspecto que comparten la mayoría de los teóricos de esta clase de conceptos son sus objeciones al concepto biomédico. En términos generales, tal como las presenta Pérez Tamayo (1988), las críticas serían las siguientes tres: reduccionista, deshumanizado e incompleto.

Reduccionista. Los críticos del concepto biomédico de la enfermedad aplican de manera peyorativa el término reduccionista. Podría interpretarse que lo que desean decir es que el modelo biomédico considera que la persona es una propiedad resultante de los procesos biológicos y no una propiedad emergente.

Deshumanizado. Según estos críticos, la medicina científica contemporánea, con su alta especialización y gran tecnificación, ha olvidado lo más importante de su objetivo: la persona enferma. El concepto biológico deja de mirar al ser humano en su totalidad, lo cosifica y se ocupa sólo del cuerpo del paciente y no de la totalidad de éste. Si bien, muchos defensores del concepto biomédico aceptarían una cierta “deshumanización” de la atención sanitaria, no considerarían que el responsable de esta situación sea el concepto mismo de la enfermedad que subyace a la medicina contemporánea, sino el tipo de institucionalización que se ha dado de ésta y las políticas públicas:

[...] las salas de espera de los hospitales del IMSS, del ISSSTE y de otras estructuras similares están repletas de pacientes, hay cola en todas las ventanillas, los enfermos esperan semanas o hasta meses para ser internados y operados, los médicos deben ver veinte o más

pacientes por día, los laboratorios están sobrecargados de trabajo y los reactivos y otros materiales son insuficientes, en los quirófanos escasean los guantes y el instrumental, en las farmacias el abastecimiento de medicinas no alcanza para cubrir la demanda del público. Además, la administración está centralizada y es tan piramidal que las decisiones de cualquier asunto, importante o no, cuando finalmente llegan a su destino, ya han dejado de ser relevantes. La atmósfera que prevalece es de desánimo, de crítica y de frustración, tanto entre el público como entre muchos otros miembros de la institución. *No sorprende que con frecuencia se hable de la “deshumanización” de la medicina y de la pérdida de muchos de los aspectos positivos de la antigua relación médico-paciente, que ya no se dan en el laberinto creado por la masificación de los servicios y la burocracia correspondiente* (Pérez Tamayo y Kretschmer, 2000: 15, cursivas mías).

Y también: “[...] esto es un mal universal, la medicina en muchas áreas ha pasado a ser un negocio y no una profesión de servicio, como ya lo mencioné. La responsabilidad de esto no recae enteramente en los médicos que son tan explotados como los enfermos. Pero los pacientes no saben esto y achacan a los médicos el terrible encarecimiento de los servicios médicos” (Rivero Serrano, 2000: 36).

Incompleto. Los críticos del concepto biomédico de la enfermedad lo consideran incompleto debido a que, sostienen, reduce al ser humano a uno solo de sus aspectos: el biológico. Con lo que dejaría fuera, según estos críticos, el aspecto personal del sufrimiento humano: la angustia que experimenta la persona enferma, las circunstancias sociales que coadyuvan a la enfermedad y las consecuencias que trae para la vida del paciente.

Aunque más abajo diré algo acerca de estas críticas, creo que en general se dirigen no tanto al concepto biomédico de la enfermedad sino a la medicina institucional. Explicaré

mi idea. El concepto biomédico de la enfermedad sostiene que la enfermedad es una disfunción orgánica. Dicho concepto es empleado dentro de los sistemas de salud de muchos países, pero debido a las carencias de dichos sistemas de salud la atención sanitaria que dispensan resulta ser deficiente; pero estas deficiencias no son consecuencia de dicho concepto de enfermedad, sino de las deficiencias de las instituciones que aplican dicho concepto. Que un médico que tiene que tratar a veinte pacientes en una tarde no dedique tiempo suficiente a cada uno de ellos para consolarlos, contener su angustia o aclarar todas sus dudas no se debe al concepto biomédico sino a las deficiencias institucionales.

4. 1. CANGUILHEM⁴⁴

Uno de los primeros autores que presenta un concepto de la enfermedad diferente del biomédico es George Canguilhem. Para este autor, la enfermedad es un fenómeno que se presenta a la conciencia del paciente. “Ahora bien, nosotros pensamos que *no hay nada en la ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia* y que, particularmente en el caso que nos ocupa, el punto de vista del enfermo es en el fondo verdadero” (Canguilhem, 1966: 64).

En caso de que se tratara de objetar que puede haber enfermedades silenciosas, y por lo tanto, enfermedades que pueden no aparecer ante la conciencia del enfermo,

44A pesar de que el vitalismo que defendió este autor puede considerarse “un fantasma en el siglo XX”, resulta interesante revisar sus ideas, porque Boorse desarrolla la teoría bioestadística como una crítica a los planteamientos de este autor, en particular a su idea según la cual la enfermedad no expresa un hecho del mundo sino un valor, si bien este valor es biológico.

Canguilhem responde que eso es sólo posible porque la experiencia acumulada permite a los médicos actuales realizar esta tarea, gracias a las autopsias o a otro tipo de investigación, pero en su momento la única razón que tuvieron para considerar enfermo al sujeto fue que la enfermedad aparecía en la conciencia del enfermo: “Por lo tanto, ciertamente, siempre de derecho –sino actualmente de hecho- existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos se enteran ellos de sus enfermedades” (Canguilhem, 1966: 65).

Y nuevamente vuelve a decir este autor: “Por tanto, la enfermedad del enfermo vuelve a ser –de una manera bastante inesperada- el concepto adecuado de la enfermedad, más adecuado en todo caso que el concepto del anatómo-patólogo” (Canguilhem, 1966: 65).

Una de las implicaciones de esta noción de la enfermedad como algo que aparece ante la conciencia del enfermo, y no como una lesión anatómica o funcional es la idea de que las enfermedades son fundamentalmente la expresión de un valor y no tanto de un hecho. Es decir, que el concepto de enfermedad es fundamentalmente normativo.

Las razones que aduce para defender esta última idea son las siguientes. En la naturaleza hay procesos en los que la dirección es indiferente, es decir, la dirección no limita que determinado proceso pueda llevarse a cabo. Considérese, por ejemplo, tantos procesos físicos en los que es indiferente la izquierda o la derecha. A diferencia de los procesos físicos, en los procesos biológicos no sucede así, dice el autor, “la vida es polaridad” (Canguilhem, 1943: 94). Esta afirmación quiere decir que:

[...] el más sencillo aparato biológico de nutrición, de asimilación y de excreción traduce una polaridad. Cuando los desechos de la asimilación ya no son excretados por el organismo y atestan o envenenan el medio interno, todo esto se realiza de acuerdo con la ley (física química, etc.), pero nada de esto está de acuerdo con la norma que es la actividad del propio organismo. Tal es el simple hecho que queremos designar cuando hablamos de “normatividad biológica” (Canguilhem, 1943: 194).

Es decir, los procesos biológicos, por muy simples que sean, tienen una dirección, permiten algo y excluyen algo. Este permitir algo o excluir algo se da en todos los seres vivos. En este sentido, los seres vivos proscriben determinadas direcciones o comportamientos y prescriben determinados procesos. Esta es la primera manera en que entiende la normatividad biológica.

La segunda explicación aparece en el siguiente contexto. Canguilhem trata de atajar la posible objeción. ¿Cómo puede afirmarse que el concepto de enfermedad es un concepto normativo si este concepto es la mera traducción de un concepto empírico de promedio estadístico? Pero según este autor, la normalidad no puede ser el equivalente de un concepto empírico proveniente de la estadística, a saber, el concepto de promedio; porque el concepto de normalidad entendida como el promedio requiere a su vez de la ubicación de lo normal, pues en determinados contextos la enfermedad será el promedio. Por lo que el concepto estadístico no soluciona el problema.

Después de rechazar este concepto de normalidad como estadística, considera el concepto de Bernard, según el cual lo normal es el tipo ideal en condiciones experimentales controladas. Pero justo si ésta es la forma de entender lo normal y con ello lo patológico, lo

que aparece es que “el fisiólogo introduce con su elección la norma en el experimento de fisiología y que no la extrae de él” (Canguilhem, 1943: 114). Es decir, *la normatividad respecto de qué es lo normal y qué lo patológico es una decisión experimental que toma el científico en el curso de su investigación*. En este sentido, no es meramente descriptiva sino plenamente normativa. Los científicos determinan en el curso de su investigación empírica qué es lo normal y qué lo patológico al escoger cuál es el mejor experimento.

Una de las implicaciones del trabajo de Canguilhem tiene que ver con el estatus científico de la Medicina. Si el concepto central de esta disciplina no se refiere a un hecho sino un valor, como sostiene este autor, entonces no es posible hablar de la Medicina como una ciencia. “[...] la clínica no es una ciencia y nunca será una ciencia, incluso cuando utilice medios cuya eficacia esté cada vez más científicamente garantizada. La clínica es inseparable de la terapéutica y ésta es una técnica de instauración o de restauración de lo normal cuyo objetivo, a saber la satisfacción subjetiva de que una norma está instaurada, escapa a la jurisdicción del saber objetivo. No se dictan científicamente normas a la vida” (Canguilhem, 1943: 174).

También lo dice de la siguiente manera: “Pero su calidad de patología es algo que proviene de la técnica y por ello es de origen subjetivo. No existe una patología objetiva. Se pueden describir objetivamente estructuras o comportamientos, pero no puede decirse de ellos que son ‘patológicos’ refiriéndose a un criterio puramente objetivo. Objetivamente sólo se pueden definir variedades o diferencias, sin valor vital positivo o negativo” (Canguilhem, 1943: 174). Y luego señala asimismo: “Todo concepto empírico de enfermedad conserva una relación con el concepto axiológico de la enfermedad. Por consiguiente, no es un método objetivo lo que permite calificar de patológico a un

fenómeno biológico considerado. Siempre es la relación con el individuo enfermo, por intermedio de la clínica la que justifica la calificación de patológico” (Canguilhem, 1943: 176-177).

4.1.1. Problemas de la propuesta de Canguilhem⁴⁵

Entre los defectos y críticas que podríamos hacer a las tesis de este autor son las siguientes.

Primero. Participa en una discusión ya superada y defiende dentro de esta polémica una concepción ya obsoleta de enfermedad. Explico con detalle. Durante el siglo XIX la medicina vivió una polémica en torno al concepto de enfermedad caracterizada por las concepciones ontológica y fisiológica de la enfermedad. La concepción fisiológica de la enfermedad defendía que ésta era una modificación de grado del estado sano. Por el contrario, la concepción ontológica defendía que la enfermedad era una modificación esencial respecto del estado sano.

Dentro de la polémica entre las concepciones ontológica y fisiológica defiende el concepto ontológico de la enfermedad, el que como ya se dijo sostiene que la enfermedad es una entidad nueva que se agrega al sujeto y que modifica de manera esencial y no sólo de grado a éste.

Este debate entre la enfermedad como modificación de grado o modificación de esencia, es decir, como una diferencia cuantitativa o una diferencia cualitativa está ya

⁴⁵Para toda esta sección me he basado en el texto de Pérez Tamayo (1982), que muy amablemente me facilitó el autor.

superada porque es claro ahora que algunas enfermedades responden bien al primer modelo, pero otras al segundo. Es decir, que ambos modelos sólo describen algunos tipos de enfermedades. El cáncer, por ejemplo, introduce modificaciones cualitativas en el individuo. La hipertensión arterial, por ejemplo, introduce sólo modificaciones de grado en éste. Así, la dicotomía es una falsa dicotomía porque ambos conceptos son conceptos complementarios, no opuestos de la enfermedad.

Para poder hacer esto último, Canguilhem comete tres errores:

- 1) Atribuye a varios autores posiciones que nunca sostuvieron. Posiciones que ataca y destruye para mostrar la fuerza de su propia posición. Por ejemplo, atribuye a Bernard y al grupo de autores que defienden el concepto fisiológico de enfermedad una opinión que nunca sostuvieron, a saber, que la fisiología debería constituirse primero para poder edificar sobre ella la patología.
- 2) Hay una confusión conceptual muy importante entre normal y normado. Canguilhem defiende que la enfermedad es también una forma de normalidad, pero regida por otra norma. Pero normal y normado son dos situaciones muy diferentes. Lo normado, en efecto, es aquello que está regido por alguna norma, pero esto no basta para que un estado normado sea un estado normal.
- 3) Ve ambas posiciones (fisiológica y ontológica) como excluyentes cuando en realidad son complementarias.

Segundo. Ignora las contribuciones de varios importantes autores al respecto, entre ellos, Virchow.

Tercero. Dice el autor: “No hay nada en la ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia”, es decir, que toda enfermedad debe estar presente en la conciencia del

enfermo a través de sus malestares. Para que alguien esté enfermo debe sentirse mal, si no se siente mal no está enfermo. Esto implica un concepto de enfermedad anacrónico y es erróneo porque hay personas enfermas que no manifiestan malestar. Esto es muy frecuente al inicio de la enfermedad, cuando la persona ya está enferma pero aún no aparecen síntomas. Es decir, esto no da cuenta de todas las llamadas enfermedades silenciosas, caso muy concreto, el de la diabetes.

Cuarto. Canguilhem no da cuenta de cómo se toman las decisiones normativas de las que habla. Decisiones que como se vio arriba, son las que introducen, según la concepción de este autor, las valoraciones dentro de la medicina. Por momentos parece que se trata de decisiones arbitrarias. Pero si esto es así, entonces su posición a final de cuentas defendería que la enfermedad es asunto de la decisión de algunos médicos y ya. Pero esta posición es del todo insuficiente. Hace falta nunca haber estado enfermo como para creer que una enfermedad es sólo producto de una decisión normativa.

Quinto. Como se vio líneas arriba, una de las implicaciones de las ideas de este autor es que:

[...] no parece posible hablar con pleno rigor lógico de “patología objetiva”. Por cierto, una patología puede estar metódica, crítica y experimentalmente armada. Por referencia al médico que la practica, se la puede denominar “objetiva”. Pero la intención del patólogo no determina que su objeto sea una materia vacía de subjetividad. 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 (Canguilhem, 1943: 177).

Esta posición resulta inaceptable. Considerar que la medicina no es objetiva y por lo tanto que no es una ciencia resulta una posición muy poco plausible, por decir lo menos. Entre otras razones porque su concepción de los valores como algo meramente subjetivo es una idea que muy poca gente defendería hoy día. Además su idea es anterior a todas las discusiones precedentes al criterio de demarcación de la ciencia y las no ciencias, y por tanto ignora los resultados de ésta discusión.

Por último, hay una tensión muy fuerte en el pensamiento de Canguilhem, pues como se vio arriba defiende el concepto ontológico de la enfermedad, según la cual ésta introduce diferencias cualitativas, lo que es un hecho, pero al defender que el concepto de enfermedad es un concepto normativo, defiende que esto no es un hecho.

4. 2. ENGEL

En Estados Unidos, uno de los principales teóricos que presenta un concepto diferente del biomédico es Engel. En su famoso texto de 1979 realiza una crítica al concepto biomédico y propone varias pautas para poder constituir un concepto diferente.

Engel dice: “El modelo dominante de la enfermedad hoy día es biomédico, con la biología molecular como su disciplina científica básica” (Engel, 1979: 591). Para esta disciplina una enfermedad es una “desviación de las normas de las variables biológicas”. En contra de este modelo biológico molecular él considera que un modelo de corte más

cercano a la clínica, que considere los niveles sociales, psicológicos y conductuales de la enfermedad sería más apropiado. Para este tipo de modelos, la enfermedad sería cualquier

[...] cambio en la apariencia física que asusta, desconcierta, o es de temer y por alteraciones en el funcionamiento, los sentimientos, en el desempeño, la conducta o las relaciones que son experimentadas o percibidas como amenazantes, dañinas, displacenteras, desviadas, indeseables o no deseadas. Reportada verbalmente o demostrada por el afectado o por un testigo, estos constituyen los datos primarios sobre los que se basa los primeros juicios acerca de si una persona está enferma o no. (Engel: 1979: 593)

En este sentido, tal como lo plantea este autor, podría entenderse que el modelo biomédico responde al nivel biológico molecular (recuérdese que para Virchow el nivel celular de la enfermedad es el fundamental) y el modelo biopsicosocial es una forma generalizada de un tipo de definición basada en la clínica (para la cual el nivel celular de la enfermedad no sería el fundamental sino el nivel de encuentro con la persona). Es decir, lo que está en conflicto es un concepto emanado de la biología molecular y uno emanado de la clínica. Para ponerlo en los términos de Boorse, se trataría de un conflicto entre el concepto práctico y el concepto teórico de la enfermedad.

Para Engel, el concepto fundamental de la enfermedad no puede ser el biomédico debido a que para éste, toda enfermedad deberá reducirse a una perturbación del nivel bioquímico. En caso de que un padecimiento no pudiera llegar a reducirse al nivel bioquímico, no podría considerarse una enfermedad. Es decir, según Engel, el modelo

biomédico presenta la siguiente consecuencia para las enfermedades mentales: el reduccionismo o la exclusión:

El dogma biomédico requiere que todas las enfermedades, incluidas las enfermedades “mentales”, deben ser conceptualizadas en términos del trastorno o mecanismos físicos subyacentes. Esto permite sólo dos alternativas según la cual la conducta y la enfermedad pueden ser reconciliadas: el *reduccionismo*, que dice que todos los fenómenos conductuales de la enfermedad deben ser conceptualizados en términos de principios fisicoquímicos; y la *exclusión*: que dice que cualquier cosa que no sea capaz de ser explicada deber ser excluida de la categoría de enfermedad (Engel, 1979: 593).

Así, para solucionar lo que él considera son problemas del modelo biomédico, propone seis características que deberá satisfacer cualquier intento de formular un nuevo modelo de la enfermedad. Las resumimos de la siguiente manera.

1. La presencia de un defecto bioquímico no es determinante de la enfermedad, constituye un factor entre otros, a lo sumo puede constituir una condición necesaria, pero no suficiente de la enfermedad o del padecimiento.
2. El modelo biomédico es incapaz de ofrecer elementos para la entrevista clínica y para el análisis de los elementos psicológicos, sociales y culturales que ofrece el paciente.
3. Factores psicofisiológicos pueden afectar el curso y la gravedad de una enfermedad.

4. Factores psicológicos y sociales pueden determinar cuándo los pacientes con defectos bioquímicos lleguen a ser vistos por ellos o por otros como enfermos.
5. El tratamiento no se reduce al nivel bioquímico.
6. La conducta del médico y la relación entre éste y el paciente tiene una poderosa influencia terapéutica.

4.3. BIOPSIICOSOCIAL

Revisemos ahora el desarrollo de estas ideas en nuestro país. En México el principal exponente de dicho modelo es Fernando Martínez Cortés. Para él, el concepto biopsicosocial trata, por usar sus propios términos, del hombre en su totalidad. Es decir, no sólo del cuerpo enfermo sino también del hombre en tanto que ser con una vida psíquica y social. El concepto de enfermedad no se reduce a la enfermedad entendida como proceso biológico, sino que incluye los elementos psicológicos y sociales:

Los problemas de salud que el paciente le presenta al médico no consisten solamente en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas propios; comprenden también la manera cómo estos síntomas son *vividos* o experimentados por el paciente debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etc., También forman parte de los problemas de salud, lo que el paciente padece por las características de la enfermedad que tiene: aguda o crónica, infecciosa o contagiante, perceptible a la mirada

de los demás, poco o mucho incapacitante, de nombre que indica su gravedad: cáncer, SIDA, etc. (Martínez Cortés, 2003: 3).

Un conocido grupo de autores escandinavos han explicado esta misma idea de la enfermedad como referida al hombre en su totalidad de la siguiente manera:

[...] *las enfermedades no son únicamente entidades biológicas*. Los que están enfermos no son organismos biológicos, sino seres humanos, e incluso enfermedades que, como la úlcera duodenal o el cáncer, conllevan claramente un defecto biológico, tienen causas, manifestaciones y efectos, que van mucho más allá de los límites de la biología. Por consiguiente, la medicina clínica es algo más que biología aplicada (Wulff, *et al.*, 1986: 94, las cursivas son mías).

Uno de los conceptos que se emplea para hablar del ser humano en tanto que una entidad más allá de lo meramente biológico el de persona: “Persona es lo que cada uno de nosotros somos: una unidad somatopsíquica y sociocultural que vive, piensa, siente a su manera; que percibe, interpreta y responde *a su manera* a la enfermedad, al médico, a la medicina” (Martínez Cortés, 2003: 5). De esta manera, las enfermedades afectarían o repercutirían no sólo en un nivel biológico sino también en uno personal, compuesto por los niveles psicológico y social.

Debido a las características no meramente biológicas de la persona, lo que le sucede a ésta durante el proceso patológico tampoco se reducen al nivel puramente biológico. Y el

nombre que se da a este proceso médico de la persona que sufre y que está enferma es el de *padecer*. Y el padecer no es un fenómeno sólo biológico sino también *personal*:

Todo padecer está constituido por dos planos: 1) El plano de las molestias o de los síntomas: dolores, disnea, astenia, etc. 2) El plano de las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos. A este respecto hay que recordar aquella afirmación de los fenomenólogos que dice: 'la conciencia no percibe los sucesos como son sino como sucesos –para un sujeto' (Martínez Cortés, 2003: 7).

Por lo tanto, la relación que establece la persona (entidad no meramente biológica, sino también social y psicológica) que padece un fenómeno (tampoco meramente biológico) con su médico debe responder a necesidades y formas que rebasan el esquema del interrogatorio médico tradicional, que está pensado sólo para responder a lo meramente biológico. Y en lugar de este interrogatorio médico tradicional se propone una entrevista clínica.

Pero la entrevista clínica y los intereses del médico biopsicosocial no se oponen a los biomédicos, pues la mayoría de estos clínicos (si no es que todos) son médicos formados en el modelo biomédico y reconocen la importancia de los aspectos biológicos de la enfermedad. Es decir, los proponentes de este modelo lo consideran más amplio, pero no confrontado con el concepto biomédico.

A nuestro juicio, estas son las ideas más importantes para caracterizar el concepto de la enfermedad de este autor: persona, padecimiento, entrevista clínica y relación del

concepto biopsicosocial con el biomédico. Para que la exposición resulte más ordenada expondremos cada uno de esos elementos en un pequeño apartado.

4.3.1. La persona⁴⁶

Persona y ser humano (o individuo) no son lo mismo. Una persona en este contexto biopsicosocial se entiende como: “persona es lo que existe en tal forma que pese a la multiplicidad de las partes constituye una unidad real, peculiarísima y de valor propio, y que como tal, a pesar de funciones parciales, realiza una actividad unitaria y dirigida a un fin” (Rof Carballo, citado en Martínez Cortés, 2010: 57). Otra manera de entender a la persona es: “El concepto filosófico de *Persona* recoge todo esto y lo hace *unidad, existencia viviente, voz propia, sentimiento propio, conocimiento propio* que va de aquí para allá por el mundo haciendo cosas, pensando, amando, creando, imitando, llorando, riendo, enfermando y muriendo” (Martínez Cortés, 2010: 20).

Es decir, la persona “es una actividad vivida de autocreación, comunicación y adhesión” (Mounier citado en Martínez Cortés 2010: 25). En este sentido la persona no es una parte de su cuerpo, ni siquiera el cuerpo completo, sino la unidad de todo el ser humano, con sus aspectos biográficos, psicológicos y sociales. Y es por eso que la medicina que se ocupa de la persona, y no de una parte del cuerpo no considera a la enfermedad

⁴⁶Como es bien sabido, el término “persona” suele derivarse de la palabra griega *προσωπον*, que significa máscara, en particular la que usaban los actores en las representaciones. Pero su sentido filosófico más profundo aparece gracias a Boecio en torno al siglo VI d.C., quien la entiende como: “substancia individual de naturaleza racional”. Su uso fue fundamental en las disputas trinitarias, por lo que su sentido filosófico estuvo inicialmente pensado para Dios, aunque hoy día se aplica sobre todo a personas no divinas, tales como las personas humanas (e incluso algunos, por ejemplo en la India, lo aplican a animales no humanos, tales como los delfines). En parte por esta razón, el concepto de persona ha quedado ligado a la actividad creadora, al libre albedrío (capaz de escapar del determinismo del mundo material) y a otras nociones de inicial contenido teológico.

como un mero fenómeno biológico. En este sentido para los médicos biopsicosociales, la persona no puede descomponerse, es una unidad.

Por otro lado, para el filósofo Peter Strawson, el concepto de persona es un concepto primitivo: El concepto de persona es lógicamente previo al de una conciencia individual. El concepto de persona no ha de analizarse como el de un cuerpo animado o el de un ánima encarnada” (Strawson, 1959: 106). Y dice también que “Todo lo que he dicho acerca del significado de decir que este concepto es primitivo es que no ha de ser analizado de cierto modo o modos. No hemos, por ejemplo, de concebirlo como un género secundario de entidad en relación a dos géneros primarios, a saber, una conciencia particular y un cuerpo humano particular” (Strawson, 1959: 107). Es decir, la persona no es la suma de un cuerpo y una conciencia. Una persona es la unidad primitiva, o entidad primaria, de una conciencia particular y un cuerpo humano particular.

En este sentido, Strawson iría por la misma línea de pensamiento que los autores anteriores, en el sentido de afirmar que la persona no es algo separable, disociable de su cuerpo o de su conciencia. Una persona no es la mera conciencia o el mero cuerpo. Una persona es la unidad de la conciencia y el cuerpo. En este sentido, una medicina de personas es una medicina que trata de una unidad de cuerpo y mente, no una medicina centrada en cuerpos, porque los cuerpos por sí solos, no son personas.

4.3.2. El padecimiento

El padecimiento es un fenómeno personal, es decir, un fenómeno de la persona (en el sentido descrito arriba), por lo que no se trata de un fenómeno meramente biológico. Un padecimiento puede entenderse de la siguiente manera:

Hemos denominado padecer médico personal al impacto subjetivo y objetivo que produce la enfermedad al funcionar simbólicamente en la Persona que sufre. No se trata de qué es la enfermedad propiamente dicha, ni de las molestias y limitaciones que producen los síntomas, sino de lo que todo esto simboliza o significa para la Persona que es el paciente y sus consecuencias psíquicas y conductuales en él (Martínez Cortés, 2010: 13).

También puede entenderse de la siguiente manera:

El padecer médico es algo muy personal. Suele presentarse como ansiedad, angustia o depresión. Puede expresarse en formas más directas como miedo al dolor, a la impotencia, a la soledad, al abandono, a la mutilación, a la muerte. O bien como temor de ya no poder cumplir con determinadas obligaciones o gozar de ciertos planes o proyectos. Otras veces el padecer médico se vive como venganza, ira, sentimiento de inferioridad, tristeza y desesperanza (Martínez Cortés, 1983: 42).

Con lo que se establece una diferencia fundamental entre el padecer, y la enfermedad. La enfermedad puede ser objetivada, pero el padecer no:

Recordemos, porque ello tiene mucha importancia para entender al padecer médico, que los síntomas son datos subjetivos de enfermedad que al médico solamente le es posible conocer de manera indirecta, o sea por la información que sobre ello proporciona el paciente quien es nada menos que la persona que los está sintiendo y sufriendo. Los signos, en cambio son

datos objetivos de enfermedad que el médico detecta porque sabe cuáles son y cómo buscarlos (Martínez Cortés, 1983: 35).

Otra definición de padecer es la siguiente:

El padecer de carácter médico es una vivencia o serie de vivencias, de sensaciones, de preocupaciones, de molestias, de cambios, de cambios en el comportamiento habitual, en la función o morfología corporales, que quien los vive los incluye en el ámbito de la medicina, al considerarlos, desde su punto de vista, como enfermedad o falta de salud (Martínez Cortés, 1979: 13).

Lo mismo dicen los teóricos escandinavos: “Los clínicos han de tener en cuenta la experiencia de dolor y sufrimiento de sus pacientes, su respeto por sí mismos, sus objetivos en la vida, etc., y han de aprender a tratar con este tipo de fenómenos no biológicos en forma racional. De hecho, quizá sea éste el mayor reto planteado a la medicina contemporánea” (Wulff, *et al*, 1986: 94).

Nótese que algunos de los elementos del padecimiento son personales, otros sociales, otros biográficos e incluso algunos de significado: qué significa la enfermedad en mi vida, con lo que se estaría incluyendo incluso aspectos semióticos, culturales y propiamente filosóficos.

4.3.3. La entrevista clínica

Dado que la enfermedad es de una persona, y que ésta tiene un padecer, el proceso cara a cara entre el médico y su paciente no puede ser meramente el del interrogatorio tradicional que se da a veces en la consulta médica: “En la consulta médica basada en el modelo biológico-lesional de enfermedad tal como se lleva a cabo actualmente, el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduciendo a la persona a simple cuerpo humano” (Martínez Cortés, 2003: 26). Y agrega: “la relación que establece el médico no es con el paciente como persona sino con su cuerpo; y es, con ciertos matices, semejante a la relación que establece un científico con su objeto de estudio” (Martínez Cortés, 2003: 27).

Las principales diferencias que este autor encuentra entre su idea de la entrevista clínica y el interrogatorio tradicional son las siguientes:

- a) La autoridad o poder que ejercen los participantes.
- b) La libertad de que gozan.
- c) El carácter de la información que se obtiene, y quién principal o únicamente la proporciona.
- d) Los elementos que se usan en el encuentro.
- e) El tipo de relación entre el paciente y el médico a que el interrogatorio o la entrevista da lugar (Martínez Cortés, 1979: 65).

4.3.4. Complementariedad

Martínez Cortés y otros defensores del concepto biomédico no pensarían que los elementos biológicos de la enfermedad (concepto biomédico) no sean importantes o un elemento necesario que debe atender el médico. En este sentido, a mi juicio, ellos tendrían en mente una idea más cercana a la complementariedad del concepto biomédico y del biopsicosocial.

Los autores escandinavos de los que hablé arriba, estarían de acuerdo con Martínez Cortés en cuanto a que la enfermedad o lesión meramente biológica como la “lesión psíquica” forman parte del objeto de la medicina. También estarían de acuerdo en cuanto a que el concepto de enfermedad debe ampliarse para incluir al padecimiento: “Aceptamos que el modelo mecánico constituye una *parte* indispensable del concepto de enfermedad y tan sólo nos oponemos a la pretensión de que ofrece una descripción *completa* del mismo. Desde luego no negamos la importancia de la biología porque desde un punto de vista realista, tanto los fenómenos biológicos como las regularidades que observamos han de ser explicados en términos de mecanismos biológicos” (Wulff, *et al*, 1986: 94). Según estos autores, lo que habría que agregarse al concepto biológico para que constituyera una descripción completa es el concepto de padecimiento.

Estos críticos del concepto biológico de la enfermedad entienden dicho concepto de la siguiente manera:

El modelo biomédico o biológico lesional de la enfermedad es el esquema mental según el cual la enfermedad es fundamentalmente una alteración, anormalidad o “lesión” de las moléculas o demás estructuras que componen el cuerpo humano. A este núcleo “lesional” se

agregan dos elementos: las causas de tal alteración y, por otra, los efectos de estas, llamados síntomas o signos (Martínez Cortés, 1983: 3).

Este concepto y su aplicación a través de la clínica y la terapéutica ha tenido grandes logros, dicen, pero también han conducido a algunos problemas, entre ellos el siguiente: “El ejercicio de la medicina basada en el modelo biológico-lesional de enfermedad da lugar a dos hechos de consecuencias muchas veces negativas: la disociación o separación del paciente de la enfermedad que sufre, y la centralización del interés y actos del médico exclusivamente alrededor del diagnóstico y tratamiento de ésta” (Martínez Cortés, 1983: 8).

Según Martínez Cortés los problemas de este concepto de enfermedad se originan en el llamado giro copernicano de la medicina. Dicho término fue acuñado por Laín Entralgo para referirse al momento, a principios del siglo XIX, en el que la escuela de médicos de *La Charité*, en París, sustituyó en el diagnóstico al síntoma por el signo físico. Dicha sustitución resultó ser de una importancia decisiva para el desarrollo de la medicina. Entre otros efectos, permitió modificar la vieja taxonomía de las enfermedades y sentó las bases de nuestra actual clasificación. Pero, según Martínez Cortés, trajo como efectos negativos la siguiente cuestión:

[...] cuando se cae en la cuenta de que los síntomas y los signos físicos no son la enfermedad propiamente dicha sino más bien sus expresiones, sus efectos, el interés de la inquisición médica experimenta un viraje: deja en segundo lugar a los problemas de salud tales como estos son vividos por el paciente, desplaza a los síntomas y signos a un segundo

término, para interesarse mayormente en la lesión o alteración biológica que afecta órganos, tejidos o células humanas (Martínez Cortés, 1983: 52).

Y también lo siguiente:

Al síntoma o al signo solitario, al dato clínico que no podemos enlazar a otros datos que en conjunto constituyen los cuadros clínicos o los síndromes que hemos aprendido a reconocer; a ese síntoma o signo solitario, repito, los médicos lo ignoramos, lo negamos más bien, y aunque el paciente nos diga y repita que se siente cansado, por ejemplo, le decimos que “no tiene nada”. En efecto, esa persona no tiene nada que nosotros sepamos reconocer, interpretar, darle nombre; y por una peculiarísima pirueta cerebral, acabamos diciéndole que él, el paciente, es el que no tiene nada (Martínez Cortés, 1983: 108- 109).

Para Martínez Cortés el modelo biomédico presenta otro problema:

En el modelo biológico lesional de enfermedad, tanto los síntomas como los signos están determinados por el plano lesional según una relación causa-efecto. En consecuencia, los límites y caracteres del plano clínico los marca la lesión en forma de conjuntos de síntomas y signos a que da lugar determinada lesión o patología. Por eso para el médico que fundamenta su práctica en dicho modelo, solamente tienen sentido estos conjuntos; ellos constituyen la única información que recoge y descodifica durante la consulta médica. Cierrese así un círculo que *deja fuera aquello que está sintiendo el paciente*, lo que le molesta, le inquieta, preocupa, le duele, pero que no se explica según una relación de carácter causa-efecto con el plano lesional. En el mejor de los casos, los médicos arrojan

este rico material al ancho y profundo campo de lo psicológico, el cual, según la errónea opinión de la gran mayoría de estos, corresponde a otros profesionistas (Martínez Cortés, 1983: 35).

Tal como reconoce Martínez Cortés, a pesar de estas diferencias, la mayoría de los médicos que trabajan bajo el modelo biomédico se comportan humanamente con sus pacientes, pero este comportamiento es un componente extra, que no se encuentra en el modelo y que por ello mismo podría ser eliminado sin que el modelo sufriera o resultara por ello reducido.⁴⁷

Debo aclarar que solamente en casos graves de anormalidad emocional o ética del médico, éste no toma en cuenta de alguna manera al enfermo como persona. Sobre lo que quiero llamar la atención es que, ya en estos terrenos, el médico actúa como “Dios le da a entender”, como se lo dicta su “corazoncito”, porque carece de una base teórica en la que sustente su acción. Por eso es tan difícil o hasta imposible, en la medicina que hoy ejercemos, la enseñanza de la tan llevada y traída relación médico-paciente (Martínez Cortés, 2003: 27).

Algunos de los que defienden el modelo biopsicosocial lo presentan como diferente del modelo biomédico, si bien esto último no se da en todos los autores, pues Martínez

⁴⁷En el imaginario colectivo existe la idea de que el médico puede llegar a deshumanizarse sin que esto afecte su práctica profesional, reducida al diagnóstico de la enfermedad sin incluir el consuelo, la ayuda y el acompañamiento a los enfermos. Un personaje ficticio que en los últimos años expresa esta idea se halla en la serie televisiva Dr. House. House es un médico deshumanizado que no siente la más mínima simpatía por sus pacientes. Para él, todos los pacientes mienten o no saben nada. Es decir, todos los seres humanos son reducidos a un cuerpo. Dicha serie es muy popular y ha contribuido a la difusión de la imagen del médico como un ser humano sin sentimientos, frío y calculador.

Cortés lo ve como una ampliación del modelo biomédico: “La medicina humanística es la biomedicina, *ampliada* de tal modo que el centro de su interés ya no es la enfermedad sino el hombre en su calidad de persona con problemas de salud” (Martínez Cortés, 2003: 35, cursivas mías).

Para terminar esta sección podemos decir que Martínez Cortés presenta su propuesta resumida en los siguientes puntos

1. El centro de interés de la medicina es el hombre, en su calidad de persona.
2. Las ciencias en que se basa la práctica médica son principalmente las ciencias biomédicas que exigen un paradigma biomédico, así como otras ciencias del hombre y de la sociedad, además de la filosofía, integradas en una *antropología médica de aplicación clínica*.
3. El acto central en el ejercicio de la medicina llamado usualmente consulta médica, debe ser un encuentro y una relación interpersonal del médico con el paciente como persona.
4. Los factores que determinan dicho encuentro son, por parte del paciente, una necesidad para resolver un problema de salud; y, por parte del médico, la disposición afectiva y la preparación científica y técnica necesarias para resolver esa necesidad.
5. Lo que determina el sentido de la consulta médica y lo que orienta al médico en su desarrollo, es aquello por lo que el paciente ha acudido al doctor. Salvo excepciones obvias, es la palabra el medio por el que el paciente expresa dicho motivo. Esto es lo que hemos denominado el *padecer* de ese paciente.
6. El médico cuya actividad se guía por el modelo biológico-lesional de la enfermedad (paradigma biomédico) sólo ve en el relato del padecer, síntomas que le permitan

diagnosticar una enfermedad. En cambio, el paradigma antropomédico o humanista, además de síntomas de enfermedad, ve en dicho relato datos sobre la manera como esa persona vive, siente, sufre, teme su problema de salud.

7. En consecuencia, el paradigma antropomédico exige del doctor el diagnóstico de la enfermedad y el conocimiento de lo que ésta significa para el paciente (Martínez Cortés, 2001: 40-41).

4. 4. EL SIDA DESDE EL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

Como ya se ha visto, una de las ideas del concepto biopsicosocial es que la enfermedad es un proceso que no se reduce a sus aspectos biológicos, sino que incluye también los sociales y psicológicos. Para ejemplificar las ideas de estos teóricos de la enfermedad tomaremos un caso real, publicado hace algunos años en un conocido periódico mexicano. La historia es la siguiente.

Esmeralda, Francisco, Lesly, Jesús, Mariana y Daniel son hijos de Estela y Jesús. Toda la familia, excepto Daniel, vive con vih-sida. Jesús tenía 32 años al momento de realizada la entrevista para el periódico. Se infectó cuando migró a Estados Unidos en busca de trabajo. En 2004 conoció el estado serológico de su familia cuando una de sus hijas, Lesly, enfermó y los médicos de Puebla no pudieron encontrar la causa. El diagnóstico lo realizaron en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, de donde fueron referidos a la clínica especializada en vih-sida Condesa.

Las cosas se complicaron aún más cuando los vecinos de su comunidad, Chignahuapan, Puebla, empezaron a agredirlos físicamente, porque el cura del pueblo “[...]”

puso a la comunidad en contra de la familia al divulgar su situación de salud y afirmar que el sida “es una enfermedad de homosexuales” (Cruz Martínez, 1999: 16). Razón por la que tuvieron que huir de su pueblo y llegaron a Chalco, Estado de México.

En ese lugar estuvieron viviendo durante varios meses en la cripta de un panteón. Pero durante este periodo no pudieron asistir más al DF por sus medicamentos debido a que el viaje les costaba 200 pesos y no podían pagarlo. Durante este periodo su hija Esmeralda falleció, pues aunque “[...] tomaba el medicamento para controlar el vih. El médico dijo que además tenía que comer, pero no teníamos para eso y tampoco un lugar para vivir” (Cruz Martínez, 1999: 16).

Jesús, el padre, “un hombre delgado y de baja estatura”, consiguió un empleo como conserje en una primaria de Chalco y en 2008 se fueron a vivir al plantel, donde podría vivir toda la familia, a cambio de su trabajo. No recibiría sueldo, sólo hospedaje; así que todos los días los padres salían a la calle en busca de otro trabajo para poder comer. Los niños más pequeños quedaron inscritos en la escuela.

Los problemas regresaron, pues cuando los padres de familia se enteraron del estado serológico de la familia empezaron a amenazar a los hijos y solicitaron su expulsión al director, que despidió a Jesús. Tuvieron que huir del lugar. Relata la nota periodística: “Apenas el sábado tuvieron que dejar la escuela primaria donde vivían y en la que estudiaban. Se fueron antes de que las hostilidades de algunos padres de familia del plantel se convirtieran en agresiones físicas, como las que ya habían padecido en su pueblo, (Cruz Martínez, 1999: 16).

Así que la familia se encontró una vez más sin un lugar donde vivir, sin empleo, sin comida y sólo con lo puesto, pues el estigma del sida no les ha permitido encontrar la paz.

La nota agrega algunos datos sobre las personas: “Jesús no encuentra palabras para describir fielmente sus sentimientos y con el silencio el llanto le brota”, “Francisco no quiere dormir, prefiere ver la televisión y cuando puede lo hace durante horas, pues piensa que al permanecer despierto podrá vivir más tiempo” y “Lo único que queremos es vivir en paz, que me dejen trabajar y que mis hijos puedan ir a la escuela sin temor” (Cruz Martínez, 1999: 16).

Como podrá verse en la nota, el aspecto meramente biológico del sida no representa mayor problema para estas personas, pues tienen acceso a la farmacoterapia necesaria, sin embargo, el padecimiento y la situación de sufrimiento y dolor asociada a la enfermedad es terrible. Por lo que dice el periódico, los pacientes deberían encontrarse “sanos” en el mero nivel biológico, es decir, que al tener acceso a los antirretrovirales y a medicamentos para las posibles enfermedades oportunistas, el virus no se replicaría más, lo que permitiría tener un conteo normal de células CD4+. Sin embargo, el estigma asociado a su enfermedad hace que su padecimiento sea mayor que el de algunas enfermedades incurables. Además, la falta de alimentos debido a la lamentable situación en la que se encuentran muy probablemente les causará, si no es que ya lo hizo, un proceso de desnutrición que los volverá más vulnerables a infecciones oportunistas y a otros tipos de enfermedades.

En el origen (no etiología, sino origen en sentido amplio) de la enfermedad, podemos reconocer un componente social y económico. La situación social de migrante mexicano en Estados Unidos y las prácticas de riesgo que un porcentaje muy importante de ellos realiza debido al contexto social de pérdida de redes de apoyo, de incertidumbre

laboral y de cambio de costumbres, pone a Jesús en riesgo mucho más alto que la población residente en México de contraer el vih.⁴⁸

De acuerdo a un informe realizado por investigadores del Colegio de México, los emigrantes tienden a cambiar su comportamiento sexual debido al transitorio estilo de vida, y su contacto con la cultura estadounidense. Por ejemplo, puede que el número de compañeras/os sexuales de los hombres se eleve al viajar de un lado a otro. La soledad, su aislamiento y la falta de mujeres en su vida, así como su llegada a una sociedad más permisiva puede hacer que los emigrantes tengan relaciones sexuales con otros hombres o con trabajadoras sexuales que sean usuarias habituales de drogas inyectables (Salgado de Snyder, 1998) (citado en CNDH, 2007: 17).

Además de este elemento podemos reconocer que el estigma religioso asociado al sida genera agresiones físicas de su comunidad, elemento del padecimiento asociado a la enfermedad que desborda lo meramente biológico y que vuelve mucho más precaria la ya

48De acuerdo a un informe del 2007 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos: “Dos estudios recientes de la Iniciativa California-México contra el SIDA (un programa coordinado conjuntamente por el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA de México y la oficina del rector de la Universidad de California) muestran índices crecientes de infección del VIH entre los emigrantes mexicanos, en México y California. El estudio descubrió que el 0,6% de los emigrantes mexicanos que se sometieron a pruebas en California, y el 1,1% de los emigrantes rurales adultos encuestados en México estaban infectados por el VIH. *Esta última cifra es más de tres veces más alta que las tasas de la infección notificadas por la población mexicana en general, entre las edades de 15 a 49 años.* (University Wide AIDS Research Program, 2006)” (sic, cndh, 2007: 17). Como ejemplos de las conductas de riesgo más frecuentes en migrantes mexicanos en Estados Unidos el mismo texto señala lo siguiente: “De 1996 a 1997 se realizó un estudio de intervención en hombres trabajadores temporales en el condado del Norte de San Diego encontrándose que el 70% de los encuestados habían tenido sexo con trabajadoras sexuales antes de la intervención, y únicamente el 23% había utilizado condón. Después de la intervención, 97% en el grupo de intervención I y 92% en el grupo de intervención II en registros subsecuentes reportaron haber utilizado condón cuando tuvieron sexo con trabajadoras sexuales”. (CNDH, 2007: 17).

de por sí situación de la familia. Este elemento, para los defensores del concepto biopsicosocial sería algo que debería considerar el médico.

Los elementos sociales, culturales y económicos de la pobreza extrema en la que terminó la familia debido al estigma religioso por el sida, generan la muerte de uno de los pacientes, a pesar del acceso al tratamiento farmacológico. Es necesario notar además que al parecer había ya antecedentes previos de desnutrición y de baja escolaridad que impiden salir del círculo de la pobreza extrema, con lo que se perpetúa miseria.

Nuevamente el estigma aparece en la vida de los pacientes generando un terrible deterioro del padecimiento y posiblemente, del estado general de desnutrición (no tienen nada para comer) y de progresión de la enfermedad.

¿Qué debería hacer el clínico que tuviera que ver de frente el dolor, el sufrimiento y el llanto de estas personas? De acuerdo al concepto biopsicosocial, el padecimiento de Jesús y su familia es parte de lo que debería tratar, de lo que sería parte de su trabajo, porque no tratan con enfermedades sino con personas.

4. 5. DIFICULTAD

Una de las principales dificultades de dicho concepto es que hace falta un desarrollo mayor de sus conceptos. Si bien su noción de persona, padecimiento y entrevista clínica pueden ser de gran utilidad, es necesario desarrollarlas aún más para hacer ver todas las implicaciones que tienen en la clínica. Por ejemplo, considérese lo siguiente:

En el caso de la terapéutica cabría preguntarse lo siguiente: en caso de seguir un modelo biopsicosocial: ¿en qué sentido podría ser tratado un padecimiento? Si el padecimiento es una experiencia personal y subjetiva, ¿qué clase de método *objetivo* puede emplearse para tratarlo? O cómo podría formarse a un médico para que pudiera tratar los aspectos subjetivos, sociales y biográficos de sus pacientes. Además de esto, podría preguntarse ¿en qué es diferente esto de la labor que ya hacen los médicos, los psicólogos y los terapeutas? Es decir, ¿de qué manera se puede tratar el padecimiento de Jesús y de su familia?

Sin embargo, es necesario decir que estos problemas pueden deberse a que este concepto es mucho más reciente que el biomédico, razón por la que ha tenido menos tiempo para desarrollarse. En años futuros podrían verse solucionados (no lo sabemos ahora), con lo que dicha dificultad podría ser superada.

CONCLUSIONES

La diferencia fundamental entre el concepto biopsicosocial y el biomédico radica en que los primeros no consideran que la enfermedad se reduzca a una alteración bioquímica. Por ponerlo en los otros términos, la diferencia fundamental radica en que los primeros consideran al padecimiento (ligado o no a un trastorno biológico) como parte de la enfermedad. Puesto en otros términos, la disputa radica en una concepción biológico-molecular y una concepción más amplia de la enfermedad, para la cual, incluso puede haber padecimientos sin trastornos o disfunciones biológicas subyacentes. En este caso, se plantearía la pregunta: ¿qué es entonces lo que hace que algo sea una enfermedad sino es la presencia de una disfunción biológica?.

Este concepto, si bien es diferente del biomédico y tiene elementos psicológicos y sociales, dentro de la clínica puede ser un concepto muy útil. Y no parece muy difícil ver de qué manera puede ser compatible con la medicina biomédica, pues muchos de sus proponentes y su gestación misma se dio en médicos formados dentro de la medicina científica.

Al mismo tiempo, este concepto resulta benéfico para el paciente, pues su carácter humano le permite no solo curar, sino también ayudar, consolar y quizá hasta orientar al enfermo, con lo que recupera algunos de los sentidos y prácticas que la medicina tenía en la antigüedad.

Capítulo 5. El concepto de pseudoenfermedad⁴⁹

... es la cultura la que determina qué parcela del padecer humano es de incumbencia médica (Martínez Cortés, 1983: 17).

El concepto de enfermedad se aplica asimismo indiscriminadamente incluso a fenómenos sociales, como lo demuestra la frecuente designación de patrones culturales de respuesta como “sanos” o “enfermos” (Bandura, 1969: 35).

INTRODUCCIÓN

⁴⁹La palabra “pseudoenfermedad” no se encuentra en el Diccionario de la Real Academia Española; sin embargo, éste sí registra el elemento compositivo “pseud” que remite a “seudo” y cuyo significado es el de falso.

Una pseudoenfermedad⁵⁰ es una falsa enfermedad. Es una característica o proceso humano que se clasifica como patológica sin serlo realmente. El concepto biomédico, dado que llena de contenido la distinción normal/patológico, puede servirnos para tratar de caracterizar a las pseudoenfermedades.

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: 885).⁵¹ 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

⁵⁰Agradezco al Dr. Ruy Pérez Tamayo sugerirme incluir este capítulo en mi trabajo de investigación. También le agradezco el haberme facilitado material bibliográfico para su elaboración.

⁵¹“a human process or problem that some have defined as a medical condition but where people may have better outcomes if the problem or process was not defined in that way” (Smith, 2002: 885).

2 Trabajo (<i>work</i>)	12 Alergia al siglo XXI
3 Aburrimiento	13 Descompensación horaria ⁵²
4 Bolsas bajo los ojos	14 Infelicidad
5 Ignorancia	15 Celulitis
6 Calvicie ⁵³	16 Resaca
7 Pecas	17 Ansiedad por el tamaño del pene
8 Orejas grandes	18 Embarazo
9 Canas	19 Furia en carretera ⁵⁴
10 Fealdad	20 Soledad

(Smith, 2002: 885).⁵⁵

⁵²También conocido como disritmia circadiana o síndrome de los husos horarios.

⁵³Al respecto, el médico Francisco González Crussi ha publicado un interesante ensayo titulado *Nuevo elogio de la calvicie* que merece la pena ser revisado por su actualidad y su erudición.

⁵⁴La frase “road rage”, que he traducido como furia en carretera, se refiere a un acceso súbito de ira mientras se está al volante, y sería una expresión o tipo del llamado trastorno explosivo intermitente, que actualmente es considerado como un trastorno mental por el DSM-IV, en su versión de texto revisado. Los criterios son los siguientes y están tomados de la versión electrónica de dicho manual, disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv14.html> (última fecha de consulta: 10 de junio de 2009).

Criterios para el diagnóstico de F63.8 Trastorno explosivo intermitente (312.34)

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

⁵⁵Top 20 non-diseases (voted on bmj.com by readers), in descending order of “nondiseaseness”

1 Ageing	11 Childbirth
2 Work	12 Allergy to the 21st century
3 Boredom	13 Jet lag

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 la leyes naturales y pretender seguirlo a despecho de sus inherentes contradicciones” (González Crussí, 2011: 33). Y continúa diciendo en referencia a la creación de pseudoenfermedades:

4 Bags under eyes	14 Unhappiness
5 Ignorance	15 Cellulite
6 Baldness	16 Hangover
7 Freckles	17 Anxiety about penis size/penis envy
8 Big ears	18 Pregnancy
9 Grey or white hair	19 Road rage
10 Ugliness	20 Loneliness

(Smith, 2002: 885).

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 Crussí, 2011: 34).

A partir del análisis del material recabado, he identificado tres características⁵⁶ 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 ideología.⁵⁷ 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:

⁵⁶Estas características no deben entenderse como condiciones necesarias y suficientes de las pseudoenfermedades. Son notas que sirven para brindar una aproximación a su naturaleza.

⁵⁷El 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 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: 27, cursivas mías).

Como podrá verse en las secciones 5.1 y 5.2, la pseudoenfermedad satisface estas dos condiciones, por lo que puede decirse que 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:

[...] 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: 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.

5. 1. 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: 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 existe alguna 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 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, recibió ingresos por 171,031 dólares y solo reportó 9,999 dólares (*Cfr.* Angell, 2009).

5. 2. 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.

5. 2.1. Preservación del *status quo*

El primer caso es el de la drapetomanía.⁵⁸ En mayo de 1851, un médico originario de Virginia, S. A. Cartwright, publica en *The New Orleans Medical and Surgical Journal* un texto titulado “Report on the Disease and Physical Peculiarities of the Negro Race”. 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 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.

⁵⁸El 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. Agradezco al Dr. Ruy Pérez Tamayo el haberme facilitado este texto.

El apartado donde está expuesta la enfermedad se titula: “Drapetomanía, o la enfermedad que causa que los esclavos huyan”.⁵⁹ 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 alienación mental, curable por regla general” (Cartwright, 1851: 319).⁶⁰

En dicho texto no se haya claramente el porqué 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: 319).⁶¹

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.

⁵⁹“Drapetomania, or the disease causing slaves to run away” (Cartwright, 1851: 318).

⁶⁰“The cause, in the most of cases, that induces the negro to run away from services, is as much a disease of the mind as any other species of mental alienation, and much more curable, as a general rule” (Cartwright, 1851: 319).

⁶¹“In the anatomical conformation of his knees, we see ‘*genu flexit*’ written in the physical structure of his knees, being more flexed or bent, than any other kind of man” (Cartwright, 1851: 319).

La manera de curar la enfermedad consiste en no tratar a los esclavos como iguales 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.⁶² 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: 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 síntomas⁶³. En palabras

⁶²El ensayo que reviso es de Engelhardt. En dicho ensayo el autor discute el caso de la masturbación como una enfermedad para argumentar lo siguiente: “The disease of masturbation is an eloquent example of the value-laden nature of the science in general and of medicine in particular” (Engelhardt, 1974: 267). Por el momento esta discusión acerca del carácter valorativo o no de la ciencia quedará fuera de este capítulo, pero será retomada en el siguiente capítulo de esta tesis.

⁶³“[...] produce a spectrum of serious signs and symptoms, and was held to be a dangerous disease entity” (Engelhardt, 1974: 267).

de Engelhardt: “La ofensa moral de la masturbación fue transformada en una enfermedad con dimensiones somáticas y no sólo psicológicas” (Engelhardt, 1974: 267).⁶⁴

Una de las “justificaciones” de considerar la masturbación como una enfermedad fue la creencia de que la actividad sexual era debilitante; pero que dicho debilitamiento es mayor en el caso de la masturbación. Dice Engelhardt: “Tissot sostenía que toda la actividad sexual era potencialmente debilitante y que la debilidad era simplemente más exagerada en el caso de la masturbación”.⁶⁵ Este mayor perjuicio de la masturbación se debía a la naturaleza más subversiva de la masturbación respecto del coito, pues en este último, el desgaste era “compensado por el magnetismo de la pareja” (Engelhardt, 1974: 269). Y debido a que en la masturbación no se da 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 cardíaca, 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: 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

⁶⁴“The moral offense of masturbation was transformed into a disease with somatic not just psychological dimensions” (Engelhardt, 1974: 267).

⁶⁵“Tissot held that all sexual activity was potentially debilitating and that the debilitation was merely more exaggerated in the case of masturbation” (Engelhardt, 1974: 268).

eventualmente se hospitalizó a las personas enfermas de masturbación. Hacia finales del siglo XIX, el Hospital de la Caridad de Luisiana, 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 Luisiana: “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”⁶⁶ (Engelhardt, 1974: 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 brownismo⁶⁷ propuso como tratamiento para la masturbación el uso del opio. Incluso, la creencia en el carácter patológico de la masturbación llevó a Freud a considerarla como causante de un tipo de neurosis: la neurastenia.⁶⁸

66“In 1872, the reports show that there were two masturbators hospitalized, one of whom was discharged, the other one having died. The records of 1887 show that of the five masturbators hospitalized that year, two improved, two were unimproved and, one died” (Engelhardt, 1974: 270).

67La 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.

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

5. 2. 2. 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 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, 2009: 91).

68La 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”.

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: 395).

“Proponer siempre más” se refiere a estar *más* delgado, tener *más* energía, aparentar ser *más* joven, tener piel *más* lozana, 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: 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 lo “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, sumado 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: 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: 394).

“La salud se presenta como un estilo de vida, se vende, tal como ocurre actualmente con la mayoría de los hábitos cotidianos. *Shopping de la salud*” (*sic*, Vigarello, 1999: 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 el 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: 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: 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.

5. 3. DAÑO A LOS PACIENTES

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: 885). Es decir, “[...] algunas enfermedades conllevan un inevitable estigma, que quizá crea muchos más problemas que la condición por sí misma” (Smith, 2002: 884).⁶⁹

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”.⁷⁰ Para diagnosticar ambas patologías, según dicha publicidad, basta con realizar una medición alrededor de la cintura al nivel del

⁶⁹ “Some diseases carry an inescapable stigma, which may create many more problems than the condition itself” (Smith, 2002: 884).

ombliigo. La categoría de sobrepeso se entiende como una medida de la cintura al nivel del ombliigo de “80 a 87.9 cm. en la mujer y 94 a 101.9 cm. en el hombre”.⁷¹ Y la obesidad, como “88 cm. o más en la mujer y 102 cm. o más en el hombre”.⁷²

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 ombliigo 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 “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*:

70

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

71 *Idem.*

72 *Idem.*

Considérese el caso el alcoholismo, un diagnóstico arduamente cuestionado. Quizá es mejor ser “un alcohólico” que un borracho moralmente reprehensible. 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: 884).⁷³

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 ser 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

73 “Consider the case of alcoholism, a hotly disputed diagnosis. Better perhaps to be “an alcoholic” than a morally reprehensible drunk. But is it helpful to think of yourself as “powerless over alcohol” with your problem explained by faults in your genes or body chemistry? It may lead you to a learned and licensed helplessness” (Smith, 2002: 884).

soledad o el despido”⁷⁴. 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: 885).⁷⁵

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: 883).⁷⁶ 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 farmacéuticos.

A continuación podrá verse otro ejemplo de dicha tendencia y de las consecuencias que esto trae para los pacientes. Consideremos el caso de la llamada fobia social⁷⁷. En 1980,

74 “We responded by making clear that we were not suggesting that the suffering of the people with these “non-disease” is not genuine. The suffering of many with “non-disease” may be much great than those with widely recognized disease. Consider the suffering that might come from grief, loneliness, or redundancy” (Smith, 2002: 885).

75 “The complete list is interesting, and I was surprised that we could generate so many non-diseases. Some of these non-diseases already appear in official classifications of disease, and perhaps those that do not currently appear will be appearing soon” (Smith, 2002: 885).

76 “We wanted to prompt a debate on what is and what is not a disease and draw attention to the increasing tendency to classify people’s problems as disease” (Smith, 2002: 883).

77 Para el resto de este apartado me he basado sobre todo en Lane, C., 2007, *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven y Londres, Yale University Press.

la Asociación Psiquiátrica Americana publicó la tercera edición de su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, mejor conocido como DSM-III. En esta edición se introduce la categoría diagnóstica de fobia social, que en términos generales corresponde con lo que en la vida cotidiana llamamos timidez. Durante mucho tiempo la timidez ha sido considerada una expresión normal en determinadas circunstancias, pero merced al DSM-III, la timidez ha pasado a formar parte de las enfermedades mentales. Pasó de ser una expresión normal para ser transformada en una entidad patológica. En la cuarta edición de dicho manual, o DSM-IV, el nombre de la entidad cambia a trastorno de ansiedad social.

Varias décadas después de ser incluida en los manuales diagnósticos, dicha clasificación aún sigue siendo problemática. Dice Berrios (1996), en uno de los más importantes textos de filosofía e historia de la psiquiatría: “La fobia social sigue siendo un constructo confuso, cuyo significado oscila entre el trastorno de personalidad evitativo y los temores sociales específicos” (*sic*, Berrios, 1996: 334).⁷⁸

78

El historiador de la psiquiatría, Germán Berrios, localiza a principios del siglo XX las primeras monografías psiquiátricas acerca de la timidez. La primera monografía fue escrita en 1898 por Dugas y se llamaba *Timidité*; la segunda, escrita por Hartenberg en 1901 y se llamaba *Les Timidez et la Timidité*. En el segundo de los textos, “Hartenberg definió la timidez como una combinación de temor, vergüenza e incomodidad, que se experimentaba en situaciones sociales y que afectaba la capacidad psicosocial por medio de ataques (*accès*) de miedo” (Berrios, 1996: 345). El trastorno de personalidad evitativo al que se refiere la cita tiene como criterios diagnósticos en el DSM-IV los siguientes: “Criterios para el diagnóstico de F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82). Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Dice Lane “el DSM-III revolucionó la forma como los psiquiatras y el público piensan acerca de la salud mental, y Spitzer merece mucho del crédito por esa extraordinaria hazaña” (Lane, 2007: 39).⁷⁹ En efecto, uno de los principales responsables de la inclusión de la timidez como categoría diagnóstica es el psiquiatra Robert Spitzer. Él y su grupo de trabajo libraron lo que Lane llama “batallas del diagnóstico” para poder incluir esa y otras entidades en el DSM-III; pero las batallas no fueron ganadas limpiamente ni con los mejores argumentos. Tal como se verá, las batallas fueron ganadas mediante el juego sucio. Veamos cómo caracteriza el DSM-IV⁸⁰ el trastorno de ansiedad social. Ocho son los criterios diagnósticos que se emplean para diagnosticar este problema de salud mental:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

(sic, DSM-IV, versión abreviada electrónica disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html> , consulta realizada el 15 de mayo de 2009).

79 “But DSM-III revolutionized the way psychiatrists and the public think about mental health, and Spitzer deserves much of the credit for that remarkable feat. He’s one of the men responsables for turning shyness into an illness” (Lane, 2007: 39).

80 El DSM-III, que es en donde aparece por primera vez dicha categoría sólo considera tres criterios para el diagnóstico de dicha patología:

- A. Miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar la situación en la cual el individuo se ve expuesto a la posible observación de los demás, con el temor de que pueda actuar de tal manera que resulte humillante o embarazoso.
- B. Malestar significativo debido a la alteración y reconocimiento por parte del individuo de que su temor es excesivo o irrazonable.
- C. Todo ello no es debido a otra alteración mental como, por ejemplo, la depresión mayor o un trastorno de la personalidad por evitación (DSM-III: 241).

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa) (DSM-IV: 509-510).

Veamos con cierto detenimiento cómo la timidez corresponde con la caracterización de fobia social. Empecemos con la condición C, según la cual: “El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional” (DSM-IV: 509). Pudiera pensarse que este criterio puede ofrecer razones en contra de la identificación de timidez y fobia social. Pero no es así, al contrario, el sentido de “tímido”, al menos en español, es justo el expresado en esa condición. Según el Diccionario de la Real Academia, “tímido” significa: “Temeroso, medroso, encogido y corto de ánimo”. Y usamos “temeroso” y “medroso” para calificar a alguien cuando “de cualquier cosa tiene miedo”, es decir, cuando su temor no corresponde con un peligro real, auténtico. Dicho en otras palabras, usamos “tímido” cuando el temor que experimenta un sujeto “es excesivo o irracional”. Y además cuando esta actitud temerosa es “acusada y persistente”, pues no llamamos temeroso a alguien por un episodio aislado de temor irracional o excesivo sino cuando ésta es su actitud habitual, es decir cuando su temor es “acusado y persistente” (condición A).

Por lo que respecta a la condición B, que dice: “La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad”; cuando se explica esta condición páginas atrás en el DSM-IV, se considera que la manifestación más típica de dicha ansiedad es el enrojecimiento: “el enrojecimiento es muy típico de la fobia social” (DSM-IV: 502), y este rasgo es también habitual en la timidez.

Por otra parte, la condición E: “El malestar que aparece en las situaciones temidas interfieren acusadamente con sus relaciones sociales”, también es típico de la timidez.

Considérese el caso de una persona tímida que experimenta un malestar debido al miedo a las citas con las chicas y que por ello no ha podido casarse.⁸¹

La condición D: “Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos”. Es también típica de la timidez.

Las condiciones F, G y H, que se refieren, respectivamente, a que en los individuos menores de 18 años los síntomas se prolonguen por un mínimo de seis meses, a que estos síntomas no se deban a la ingesta de alguna sustancia o a otra enfermedad médica, no representan problema para identificar la timidez con la fobia social. Después de esto, creo que podrá aceptarse que la clasificación de fobia social corresponde con lo que tradicionalmente llamamos timidez.

Cabría hacerse ahora la pregunta: ¿Cuáles son las razones para incluir la timidez en la categoría de las enfermedades mentales? Inicialmente, Spitzer y su grupo de trabajo no dieron razones para esta inclusión: “Spitzer argumentó enérgicamente que su grupo de trabajo era imparcial porque ese nombre era meramente una clasificación de síntomas y por lo tanto en teoría evitaban preguntas polémicas acerca de su causa y tratamiento” (Lane, 2007: 46).⁸² Pero el grupo de trabajo de Spitzer no era realmente imparcial. Era, de hecho, un grupo bastante parcial. Para ver esto y para ver cómo la batalla no se libró limpiamente, revisemos el proceso de inclusión de la fobia social dentro del DSM-III.

⁸¹ El caso de una persona que tiene temor a las citas con las chicas es uno de los ejemplos que da el DSM-IV de fobia social.

⁸² “Spitzer argued strenuously that his task force was unbiased, because it was merely cataloging symptoms and thus in theory steered clear of contentious questions about their cause and treatment” (Lane, 2007: 46).

La Asociación Psiquiátrica Americana está formada por grupos de distintas orientaciones: psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, etc. Para la elaboración del DSM-III, la asociación creó grupos de trabajo encargados de la elaboración de cada una de las secciones del manual. Pero en dichos grupos de trabajo se laboró, según se puede ver por los archivos de la Asociación Psiquiátrica Americana, de una manera autoritaria. Spitzer excluyó a los investigadores que no estuvieron de acuerdo con sus propuestas.

Dice Lane: “Antes que vendas un medicamento, tienes que vender la enfermedad” (Lane, 2007: 104).⁸³ El área de las enfermedades mentales es en este respecto un buen ejemplo de lo último. Tras pocos años de haber sido incluida en el DSM-III la categoría diagnóstica de fobia social, es aprobado por la FDA⁸⁴ el medicamento para tratar dicha enfermedad (1993): el Paxil. En pocos años generó altísimas ganancias para la compañía farmacéutica.

En general, los medicamentos para tratar enfermedades mentales producen grandes ganancias a las compañías farmacéuticas. El Paxil, por ejemplo, tuvo en el año 2007 ventas por 2.7 billones de dólares alrededor del mundo.⁸⁵ Ese dato puede darnos una idea de la importancia económica que la venta de este producto tiene para los laboratorios farmacéuticos.

83 “Before you sell a drug, you have to sell the disease” (Lane, 2007: 104).

84 Como es bien sabido, FDA es la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.

85 *Cfr.* Lane, 2007: 106. Las altas ventas de medicamentos psicotrópicos no es algo reciente. Ya en los años cincuenta, los primeros medicamentos para tratar enfermedades mentales registraban ganancias muy altas.

CONCLUSIONES

Como se dijo páginas atrás, en el *British Medical Journal* se propone una definición del concepto de pseudoenfermedad, tal como sigue: “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: 885). Esta definición ha sido ampliada con las características que propone Villoro (1985) para la ideología, pues como vimos, la postulación de una pseudoenfermedad carece de razones objetivamente suficientes. Además de 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 que nos ocupa. La postulación de una condición como patológica es una pseudoenfermedad, es decir, no se justifica la aplicación del concepto de enfermedad, cuando:⁸⁶

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*

⁸⁶ Los siguientes tres puntos no son condiciones necesarias o suficientes sino que se proponen como criterios o notas para identificar las pseudoenfermedades.

económico de un grupo fuera de su contexto [paráfrasis de las condiciones dadas por Villoro (1985: 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: 885).

Sólo téngase presente que estas tres características no se entienden como condiciones necesarias y suficientes sino como una serie de criterios (podría haber otros que no se mencionan aquí) para clarificar el concepto.

Capítulo 6. Pluralismo

INTRODUCCIÓN

Respecto del problema de la existencia de conceptos divergentes de la enfermedad podemos distinguir las posiciones siguientes como las más importantes: realismo, relativismo, constructivismo y pluralismo. A la cuarta de éstas le dedicaremos la mayor parte de este capítulo, por considerarla la más interesante⁸⁷ para nuestro trabajo.

El realismo es un grupo de posiciones que van desde un realismo mínimo que cualquiera podría aceptar, digamos un realismo de sentido común, hasta las ideas del realismo metafísico (que resultan más difíciles de aceptar, como se verá más adelante). Lo central de la posición realista respecto del concepto de enfermedad consistiría en afirmar que la distinción entre normal y patológico no es inventada, que no se trata de una distinción arbitraria sino que responde a la naturaleza del mundo.

Para una concepción relativista de la enfermedad, cualquier representación de ésta sería correcta. No hay criterios que nos permitan distinguir entre una representación que captura el mundo y una que simplemente es una representación ideológica. Cualquier

⁸⁷ La posición pluralista que defenderemos en este texto debe mucho a las ideas de León Olivé, particularmente los textos de 1996 (Razón y sociedad) y 2012 (Multiculturalismo y pluralismo).

representación de la enfermedad: biomédica, mágico religiosa, homeopática, biopsicosocial o bioestadística es igualmente válida.

Para el constructivismo, la ciencia tiene condicionamientos sociales e históricos que marcan la comprensión de la realidad. Los conceptos son productos sociales, de una época. Nuestros conceptos posibilitan la conceptualización de la realidad.

Para el pluralismo, puede haber varias representaciones correctas de la realidad, pero no cualquier representación es correcta. El pluralismo reúne lo mejor de las intuiciones realistas con lo mejor de las ideas constructivistas, pues al mismo tiempo que puede dar cuenta de los condicionamientos sociales e históricos de la ciencia, es capaz de explicar las ideas realistas según la cual no todo es correcto y algunas representaciones están equivocadas. Nos permite distinguir entre una idea correcta y una mera representación ideológica de la realidad.

6. 1. REALISMO

El realismo no es una posición monolítica. Hay muchos tipos, desde el más fuerte, llamado por Putnam realismo metafísico, hasta un tipo de realismo como el que sostiene Olivé, es decir, un realismo combinado con elementos del constructivismo. Empecemos con el realismo más fuerte, el llamado realismo metafísico.

6.1.1. Realismo metafísico

El realismo metafísico es la clase más fuerte de realismo. Putnam (1987) distingue entre el llamado realismo metafísico o Realismo (con erre mayúscula) y realismo (con erre

minúscula) o realismo interno. El realismo metafísico sostendría la existencia de objetos autoidentificables, objetos que son tales independientemente del esquema conceptual desde el que se les vea, es decir, objetos cuya conceptualización debería ser independiente de las épocas y de las culturas. También sostiene la posibilidad de una descripción única, completa y verdadera del mundo⁸⁸.

El segundo tipo de realismo sostendría que no hay objetos autoidentificables, que éstos existen como tales en relación con un determinado esquema conceptual. Y por ello no podría haber esta descripción única. Este realismo con minúscula podría rescatar algunas de las intuiciones del sentido común. Podría sostener la existencia de los objetos macroscópicos como sillas y mesas, junto con las propiedades que el sentido común les atribuye: solidez, color, etc., a pesar de que según la física estos objetos son sólo conglomerados de átomos: no son sólidos, son básicamente espacio vacío, etc.⁸⁹ Es decir, este tipo de realismo es capaz de aceptar que puede haber varias descripciones correctas de la realidad: la descripción de la física y la descripción del sentido común.

Una exposición de las tesis del realismo metafísico se encuentra en Quintanilla (1994):

88 En este sentido, podríamos decir que el realismo metafísico sostendría la idea de que en un momento dado el conocimiento científico ya no será mejorable porque capturaré el mundo de manera total, completa y sin error alguno.

89 Otra clasificación de realismos atiende al objeto al que se refieren: teorías o entidades. Hacking (1983) por ejemplo distingue realismos respecto de las entidades y realismos respecto de las teorías. El primero sostiene la existencia de una entidad: realismo respecto a los electrones, respecto a los campos de fuerza, etc. El segundo sostiene que una teoría es verdadera: realismo respecto a la teoría estándar de los quarks, realismo respecto a la teoría celular, etc.

Las clasificaciones más extendidas de realismo lo clasifican en realismo ingenuo, realismo crítico y realismo científico. El realismo ingenuo es el realismo del sentido común para el cual son reales los objetos y apariencias de la vida cotidiana. El realismo crítico juzga que las impresiones pueden ser erróneas y que no todo lo que parece real lo es. El realismo científico es una clase de realismo crítico pero con fuertes compromisos con la ontología científica. El realismo científico tiende a transformar la física en metafísica. (Cfr. Bunge, 1985)

1. El mundo existe independientemente de nuestros conceptos y presentaciones.
2. Ese mundo objetivo e independiente tiene una estructura determinada, es decir está compuesto de cosas, propiedades, hechos objetivos que existen independiente de que nosotros los conozcamos o no.
3. Una representación verdadera o correcta del mundo es aquella que se refiere a objetos realmente existentes en el mundo y describe las propiedades que estos objetos realmente tienen.
4. Existe (aunque no lo conozcamos *todavía*) una imagen o representación completa del mundo objetivo tal como es en sí mismo (lo que Putnam identifica como <<el punto de vista del Ojo de Dios>>). (Quintanilla, 1994: 22)

El realismo metafísico en filosofía de la medicina afirmaría que sólo hay una representación correcta de la enfermedad y que esta concepción no es mejorable porque captura de una vez por todas la realidad tal como es en sí misma. Si este realismo metafísico se comprometiera con el concepto biomédico, aseguraría que la única representación correcta de la enfermedad es la biomédica, que esta representación es completa, no parcial, sin errores y que por tanto no es perfectible. En este sentido, esta concepción se opondría a la posibilidad de progreso científico, pues de acuerdo a sus tesis, la realidad ha sido ya captura de una vez por todas. No debería cambiar o progresar, pues

este tipo de realismo entiende la verdad como la correspondencia definitiva y total del mundo. Este tipo de realismo no deja lugar al falibilismo, a la idea de que el conocimiento es perfectible, porque para él la realidad se captura de una vez para todas.

6.1.2. Realismo interno

Además de este realismo metafísico, podemos encontrar otros tipos de realismo. Por ejemplo, el realismo defendido por Olivé con base en las ideas de Putnam. El tipo de realismo de este autor tendría las siguientes tesis:

1. Existe algo que llamamos la Realidad. Como no sabemos nada más de eso que llamamos realidad, decimos que existe $X = \text{Realidad}$.
2. La existencia de X es independiente de toda representación y de toda práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico.
3. X tiene una estructura que también es independiente de toda representación y práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico (Olivé 2012: 129).

A estas tesis podríamos agregar una cuarta:

4. X impone restricciones al conocimiento científico a través de la interacción con las prácticas de los científicos.

El número 1) establece lo mínimo que debemos exigir a una posición para considerarla como realista. Los números 2), 3) y 4) establecen compromisos más fuertes e interesantes de realismo, a pesar de lo cual se distinguen del realismo metafísico porque no hablan de una *determinación* del conocimiento científico, de una realidad con hechos y propiedades en sí mismas sino de que hay una realidad independiente de los seres humanos, y que ésta impone restricciones al conocimiento. Aquello a lo que llamamos X, y que restringe las teorías científicas y las actividades de los hombres.

Según Putnam “la mente y el mundo, en común, constituyen la mente y el mundo” (Putnam, 1987: 39). El llamado realismo interno de este autor sería un realismo muy cercano al realismo defendido por Olivé. Lo que cuenta como objeto en un determinado esquema conceptual puede no contar como objeto en otro esquema conceptual.

Por último, podemos distinguir el compromiso realista más básico. Ejemplos de esta clase de tesis es la siguiente: Existe un mundo independiente de los sujetos humanos. Esta idea establece un compromiso realista mínimo, es el grado más débil de todos. Este es el realismo que se presenta intuitivamente, claro, evidente. Russell nos habla de este tipo de realismo cuando nos dice: “Claro es que no llegamos a la creencia en un mundo exterior independiente, por medio de argumentos. Hallamos esta creencia formada en nosotros en cuanto empezamos a reflexionar. Es lo que se podría denominar una creencia *instintiva*” (Russell, 1912: 29). Este compromiso afirma sin más que existe *un* mundo independiente de los seres humanos y punto. Es un compromiso básico y mínimo, que puede aceptar prácticamente cualquier sujeto.

Pero comprometerse con la existencia de un mundo independiente de los sujetos humanos no dice todavía nada sobre las restricciones que ese mundo independiente impone sobre el conocimiento científico. Ni nada sobre el estado de ese mundo independiente. Podría tratarse de un mundo que resulta inasequible para los sujetos cognoscentes o bien de un mundo indeterminado. Dentro de este grado ubicaré también algunas afirmaciones un poco más fuertes pero aún débiles.

Este tipo de realismo en filosofía de la medicina afirmaría que los conceptos de la enfermedad se corresponden con el mundo, que no son arbitrarios ni inventados, si bien son perfectibles, incompletos y con algunos errores. Razón por la cual pueden progresar y mejorar con el tiempo. Lo central de esta posición sería la afirmación de que la distinción normal/patológico no es inventada, sino que captura el mundo, que tiene un componente de la realidad que existe con independencia de nuestras teorías y conceptos.

6. 2. RELATIVISMO

El relativismo es un grupo de teorías muy diversas en múltiples disciplinas filosóficas, que van desde el relativismo moral, relativismo epistémico, subjetivismo, relativismo ontológico y demás. En términos generales, lo que comparte este grupo de ideas para agruparlas dentro de la misma familia, es que sostienen que “un aspecto central del pensamiento, experiencia, evaluación o alguna otra cosa real es relativo a otra cosa”⁹⁰. Uno

⁹⁰ Cfr. La definición que ofrece la enciclopedia Stanford de filosofía en su artículo dedicado al relativismo. Disponible en la página electrónica: <http://plato.stanford.edu/entries/relativism/>

de los casos típicos citados al respecto es el relativismo moral que afirma que lo que cuenta como bueno o malo es relativo a una cultura sin que pueda haber la posibilidad de crítica o diálogo para tratar de modificar el juicio de bueno o malo desde un punto de vista diferente.

En este sentido, el relativismo niega la posibilidad de crítica, de avance y de progreso moral, epistémico, científico o de otro tipo, pues niega cualquier tipo de evaluación externa a un marco conceptual pues considera que cualquier punto de vista es igualmente válido.

En el caso particular de un relativismo acerca del concepto de la enfermedad, una posición de este tipo afirmaría que cualquier concepto de la enfermedad es igualmente válido; que no hay criterio alguno que podamos establecer para distinguir entre conceptos aceptables, válidos, racionales o mejores, por un lado, y conceptos inaceptables, inválidos, irracionales o peores. De acuerdo al relativismo extremo, la magia vudú y la medicina científica están en el mismo estatuto epistemológico y no hay criterios para decir que un concepto de la enfermedad es mejor que otro. Así, pues, no tendríamos ninguna razón para preferir la medicina biomédica o la biopsicosocial sobre otros tipos de medicina, más que nuestra mera preferencia personal o situación cultural, sin que esto fuera una razón válida para hacerlo.

Para una concepción relativista de la enfermedad, cualquier representación de ésta es correcta. No hay criterios para distinguir entre una representación que captura el mundo y una que simplemente es una representación ideológica. Cualquier concepto de la enfermedad: biomédico, mágico-religioso, homeopático, heterodoxo, biopsicosocial, bioestadística es igualmente aceptable. Así que el diálogo, la crítica, y con ellos el progreso, son imposibles.

Una forma breve de presentar el relativismo respecto del concepto de la enfermedad sería el siguiente: “No puede justificarse racionalmente que un juicio vale más que otro (por ejemplo, la afirmación según la cual la masturbación y la homosexualidad no son patológicas)” (Giroux, 2010: 20).

Un tipo de relativismo que se ha defendido bastante es un llamado “nihilismo terapéutico”, que afirmaría que cualquier terapia es igualmente buena, sin importar su justificación racional.

Así, pues el relativismo resulta ser un verdadero desafío para cualquier concepción de la medicina que pretenda pasar por correcta, racional o humanista porque dicha posición niega que esos criterios sean en ningún sentido superiores a criterios tales como la ideología, el interés económico de las grandes transnacionales, el capricho de algunos investigadores o el abuso de poder. El relativismo hace imposible distinguir entre conceptos correctos de la enfermedad y conceptos que son meros constructos ideológicos o engaños mercadotécnicos de las grandes compañías farmacéuticas.

En este sentido, el relativismo deja sin respuesta la pregunta central de este trabajo: ¿qué es la enfermedad? Pues afirma que la enfermedad es cualquier cosa. Respuesta que no sirve para nuestro propósito de contar con un o algunos criterios para aplicar en unos casos sí, y en otros casos no, el concepto de enfermedad.

6.3. CONSTRUCTIVISMO⁹¹.

Varios autores han ensayado una clasificación de las distintas versiones de constructivismo. Por ejemplo, Boyd (1992) distingue entre tres tipos: constructivismo devastador, constructivismo kantiano y constructivismo social. El constructivismo devastador sostendría algo como “no hay contribución por parte del mundo ni constreñimientos impuestos por el mundo, acerca de lo que es conocimiento científico, como tampoco existe contribución de la estructura objetiva del mundo en el contenido de las teorías científicas” (Olivé, 1998: 11). Esta postura es atribuida a autores como Latour y Woolgar (1979). El constructivismo kantiano sostendría que el esquema conceptual desde el que trabaja el científico es tan determinante como la estructura del mundo para el conocimiento. Kuhn tendría influencia de este tipo de constructivismo. El constructivismo social estaría representado por Barnes, Bloor y la escuela de Edimburgo. Su postura es que la ciencia es una práctica social y que para entenderla se debe analizar mediante métodos de las ciencias sociales empíricas o mediante métodos de análisis de textos, tal como el resto de prácticas sociales.

91 En español, el diccionario de la RAE entiende por constructivismo un “[...] movimiento de arte de vanguardia, interesado especialmente por la organización de los planos y la expresión del volumen utilizando materiales de la época industrial”; si bien, dentro de la filosofía este término se emplea para referirse a una posición ontológica caracterizada por su empleo de los estudios sociales de la ciencia y con tesis antirrealistas o de tipo kantiano. Hacking (1999) distingue entre tres tipos diferentes de posiciones constructivistas, y para evitar ambigüedad reserva el término de constructivismo sólo para una de estas tres posiciones. Las tres posiciones y los nombres que les da Hacking son los de: *construccionalismo*, para referirse al proyecto filosófico de Russell, Carnap, Quine, Goodman y otros. Caracterizado por la idea de que diversos conceptos son contruidos a partir de otros. *Constructivismo* para la posición en matemáticas que defiende que los únicos tipos de pruebas válidas son pruebas constructivas y no así las pruebas por reducción al absurdo. *Construccionismo* para referirse a los diversos proyectos en filosofía de la ciencia que mediante el uso de estudios históricos, sociológicos, antropológicos, etnográficos y otros, pretenden mostrar el proceso mediante el que determinados conceptos fueron contruidos en el pasado. Y además que dichos conceptos son contingentes.

Los constructivistas respecto de la enfermedad han defendido la tesis de que la enfermedad es una construcción social. Así, por ejemplo, Hacking discute en su libro *¿La construcción social de qué?*, este tipo de afirmaciones referidas a la enfermedad mental, más concretamente a la esquizofrenia y al autismo infantil, y llama a las posiciones que las sostienen constructivistas de la enfermedad mental. Un autor como Foucault es varios años anterior al movimiento constructivista, pero debido a su importancia e influencia dentro de este grupo he decidido clasificarlo dentro de él. Los teóricos que afirman que no existe la enfermedad, además de los constructivistas, incluyen también a antipsiquiatras (aunque en este caso dichos teóricos sólo se refieren a la enfermedad mental), tales como Laing y Szasz.

Debido a la heterogeneidad de enfoques teóricos que niegan o afirman la construcción social de la enfermedad, los presentaremos en apartados diferentes para distinguir entre un constructivismo que pueda sernos útil y uno que no.

6. .3. 1. Constructivismo devastador

Según algunos autores, por ejemplo Otero (1995), Latour sería un ejemplo de constructivismo en el que el realismo no cumple una verdadera función, es decir, se trata de constructivismos devastadores:

Cuando una posición constructivista del tipo que estamos considerando reconoce la existencia del mundo o la de *inputs* externos (Putnam, 1983) al pasar a la construcción misma, lo hace sin verdaderamente atribuirle importancia. El conjunto de la argumentación

se dirige exclusivamente a señalar los aspectos constructivos, quedando el resto como un saldo o como un relictos que no cumple ninguna función teórica o explicativa significativa en su esquema productor. De no ser así perdería gran parte de su fuerza y de su poder de seducción.

Un constructivismo sociologista difícilmente reconoce alguna forma de racionalidad y cuando lo hace, en actitud de perdonavidas, se trata de un *Ersatz*, de un sustituto *ad hoc*, de una racionalidad que no merece ese nombre (Otero, 1995: 262).

De acuerdo a una posición constructivista devastadora en filosofía de la medicina, el concepto de enfermedad es del todo una construcción humana, no tiene restricciones del mundo, es un invento de las culturas o de los pueblos que no capturan el mundo.

6.3. 2. Constructivismo no devastador

Para poder explicar el pluralismo dentro del concepto de enfermedad, antes diremos varias cosas acerca del realismo y del constructivismo. Entiendo por realismo la afirmación de que el conocimiento científico está restringido por el mundo. Las tesis principales de un tipo de constructivismo que puede ser de utilidad, sin presentar los problemas del constructivismo devastador son las siguientes.

Tesis epistemológica del constructivismo: el conocimiento científico no es independiente del marco conceptual que se emplea.

Tesis ontológica del constructivismo: “lo que es un objeto, o un hecho, tanto como lo que cuenta como objeto o como hecho, depende siempre[...] del marco

conceptual pertinente, y del sistema de prácticas sociales establecidas dentro de las comunidades científicas” (Olivé, 1998: 14).

En estas dos tesis puede apreciarse tanto el nivel epistemológico como el ontológico de la posición constructivista. A partir de estas dos tesis podríamos presentar otras ideas para dotar de mayor contenido un tipo de constructivismo no devastador que pueda ser rescatar las ideas realistas, y por tanto que pueda rescatar la intuición de que la distinción normal/patológico no es inventada o arbitraria sino que corresponde con el mundo real, a pesar de lo cual puede contener elementos culturales y no ser independiente de los marcos conceptuales de los científicos. Algunas de estas ideas son las siguientes:

Constructivismo en nivel conceptual: los conceptos no tienen un significado absoluto, particularmente los conceptos de objeto y existencia. También puede expresarse de la siguiente manera: “No hay objetos sin conceptos en tanto que todos los objetos, para ser identificables desde algún marco conceptual, requieren de su correspondiente concepto” (Olivé, 1996: 190).

Constructivismo en nivel ontológico: “la existencia y naturaleza de los objetos es dependiente de los marcos conceptuales, los objetos y los hechos en el mundo varían de un marco conceptual a otro” (Olivé, 1998: 16)

Todas las tesis presentadas arriba son compatibles con las intuiciones realistas y pueden articularse dentro de una posición pluralista, particularmente como la defendida por Olivé. Como se verá a partir de la siguiente sección, estas ideas pueden articularse dentro de una posición coherente capaz de rescatar las intuiciones realistas de la medicina para

gestar una posición capaz de responder a los intereses de defensa del concepto biomédico y de rechazo a posiciones extremas como las de los conceptos heterodoxos de la enfermedad.

6.4. PLURALISMO

Lo que afirmaría una posición pluralista en filosofía de la medicina es que: la representación biomédica es prioritaria, pero las demás pueden tener un contexto de aplicación: la biopsicosocial en la clínica, por ejemplo. Pero no así la representación mágica-religiosa del sida que culpabiliza a los pacientes. Dicho de otra manera: puede haber más de una representación correcta de la enfermedad, de acuerdo a los contextos y a los propósitos, pero no cualquier representación de la enfermedad es correcta.

Por decirlo en palabras de Putnam, una de las ideas centrales del pluralismo sería que:

La realidad existe de manera independiente de los sujetos, pero no está dividida de manera natural en objetos y hechos. Cuando los sujetos humanos aplican su marco conceptual a la realidad, dividen esta realidad en objetos y hechos, y establecen las propiedades definatorias de los objetos. La comunidad de científicos codetermina el contenido de los hechos científicos de esta manera. La comunidad científica

construye sus hechos. Sin embargo, esto no significa que los hechos científicos sean mera construcción. Los hechos científicos se constituyen a partir de lo que aporta el mundo, por un lado, y lo que aportan los esquemas conceptuales, por el otro.

Lo que hay en el mundo es constituido en parte por los esquemas conceptuales. Ambos mundos dependen del esquema conceptual que los recorta con diferentes objetos. “[...] *las nociones de objeto y existencia, tienen una multiplicidad de diferentes usos más que un ‘significado’ absoluto*” (Putnam, 1987: 63).

6.4.1. El constructivismo pluralista de Olivé

Ahora expondremos la propuesta de Olivé (1999). La propuesta de este autor se basa en un realismo mínimo compatible con compromisos pluralistas. El realismo mínimo sostendría las siguientes tesis:

1. Existe algo que llamamos la Realidad. Como no sabemos nada más de eso que llamamos realidad, decimos que existe $X = \text{Realidad}$.
2. La existencia de X es independiente de toda representación y de toda práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico.
3. X tiene una estructura que también es independiente de toda representación y práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico (Olivé 1999: 148).

Como podrá apreciarse, los puntos 1 y 2 son los compromisos realistas más básicos: la existencia de una realidad independiente. Por su parte, el punto 3 dota de más contenido este primer compromiso pues asume que la realidad de la que se habló en 1 y 2 tiene una estructura. Este tipo de realismo sería claramente diferente del llamado realismo metafísico cuyas tesis serían las siguientes:

1. El mundo existe independientemente de nuestros conceptos y representaciones.
2. Ese mundo objetivo e independiente tiene una estructura determinada; es decir, está compuesto de cosas, propiedades, hechos objetivos que existen independientemente de que nosotros los conozcamos o no.
3. Una representación verdadera o correcta del mundo es aquella que se refiere a objetos realmente existentes en el mundo y describe las propiedades que esos objetos realmente tienen.
4. Existe (aunque no la conozcamos todavía) una imagen o representación completa del mundo objetivo tal como es en sí mismo [lo que Putnam, identifica como “el punto de vista del ojo de Dios” (Quintanilla, 1994: 22)].

Como podrá apreciarse, ambos tipos de realismo comparten la tesis de la existencia de una realidad independiente. Pero las diferencias aparecen cuando hablan de la estructura de la realidad, pues mientras el realismo mínimo sólo afirma que la realidad tiene una estructura, el realismo metafísico afirma que esta estructura ya está determinada y compuesta de objetos y hechos “recortados” previamente y cuya existencia sería independiente de nuestras prácticas y conocimiento.

Según el realismo metafísico, en casos de divergencia de representaciones del mundo, sólo una de estas representaciones podría ser verdadera. Es decir, no hay cabida para diferentes concepciones correctas del mundo. Por el contrario, el realismo mínimo sí deja lugar para esta diversidad de representaciones. Esto lo hace porque asume que esa realidad puede ser concebida de diversas formas. Para usar una metáfora: puede ser recortada de diferentes maneras. Este recorte sería realizado a partir de los marcos conceptuales desde los cuales se vea la realidad. En este sentido, los marcos conceptuales serían constitutivos del mundo real.

Un marco conceptual se entiende de la siguiente manera:

En términos generales, la noción de marco conceptual se usa para referirse al conjunto de condiciones de posibilidad para tener creencias. Ahora bien, esas condiciones *no implican* creencias, sino que las hacen posibles y, además, establecen —para usar las palabras de Kuhn— “las limitaciones y los constreñimientos acerca de las creencias que es posible concebir” (Kuhn 1990: 5). Entre esas condiciones se encuentran el lenguaje y otros conjuntos de conceptos, creencias y saberes, normas metodológicas y valores que los seres humanos necesariamente deben poner en juego para interpretar e interactuar con la realidad, incluido en esto último la manipulación de objetos y de procesos (Olivé, 1999: 135).

Esta tesis de una constitución conjunta de *nuestro mundo* por parte de una realidad (X) con una mínima estructura, podría prestarse para defender un relativismo extremo si no se introdujeran algunas limitaciones tendientes a clarificar qué se entiende por conocimiento objetivo. Una de las principales limitaciones es la sobrevivencia de la especie

misma, pues si el mundo que se recorta de esta realidad básica fuera del todo ajeno a X, nuestra especie no podría sobrevivir:

el mundo que los seres humanos construyen al poner en funcionamiento los recursos conceptuales mediante los que obtienen conocimiento, es, para ellos, el *mundo real*; y aunque ese mundo real puede incluir objetos que no son reales (objetos que no pertenecen a X), no puede dejar de incluir objetos, hechos y relaciones causales reales (que pertenecen a X), para que la comunidad sobreviva (Olivé, 1999: 159).

Así, la sobrevivencia y el éxito en la práctica podrían tomarse como señales o indicativos de un cierto contenido real. De esta manera, aunque el mundo sea constituido, se trata del mundo real: “aunque el conocimiento objetivo se relativice a los recursos conceptuales de cada comunidad epistémica, es, sin embargo, un conocimiento genuino del mundo real” (Olivé, 1999: 158). Así, este mundo construido es también el mundo real y nos permite un acceso epistémico a la realidad:

La clave para entender por qué las comunidades epistémicas sí tienen acceso a la realidad por medio del conocimiento genuino, según el constructivismo pluralista, es la idea de que existen objetos que, una vez que han sido constituidos mediante una participación determinante de los marcos conceptuales, no por el hecho de haber sido constituidos son menos reales; no por haber sido constituidos mediante la participación de esquemas conceptuales dejan de pertenecer a X (Olivé, 1999: 160).

Procesos como la enfermedad, dada su enorme importancia para la sobrevivencia de la especie, en algún sentido, deberían ser parte de esa estructura de la realidad.

Así, la propuesta de Olivé podría resumirse de la siguiente manera:

La propuesta central del constructivismo pluralista es que en el hecho confluye lo enunciado y lo impuesto. Lo que es enunciado incluye lo que el sujeto pone, pero hay algo que la realidad le impone al sujeto; por eso no puede construir cualquier hecho. Hablando metafóricamente, la realidad no se deja cortar de cualquier forma, aunque admita una enorme diversidad de recortes (Olivé, 1999: 162).

El constructivismo pluralista de Olivé nos permite defender que puede haber distintas maneras correctas de entender el mundo (en diferentes épocas o culturas), y que cuando estas diversas maneras de entenderlo son correctas, deben tener un acceso a la realidad, aunque sus representaciones sean divergentes:

El constructivismo que queremos defender sostiene que cuando tenemos un conocimiento genuino, estamos teniendo acceso a la realidad que existe independientemente de los recursos conceptuales y de las prácticas de los agentes cognoscentes, y, además, que esa realidad tiene una estructura que también impone constreñimientos al contenido del conocimiento y de las teorías científicas. Ésta es la tesis que el constructivista comparte con el realista (Olivé, 1999: 116).

De esta manera podríamos dar sentido a las ideas que presentaremos en la sección siguiente.

6. 5. PRIMER CRITERIO: EL MUNDO

El primer criterio para aceptar o rechazar un concepto de la enfermedad es qué tanto captura el mundo, qué tanto puede responder a nuestras intuiciones realistas, y qué tanto un concepto responde a nuestras intuiciones de la realidad de la enfermedad a través de la evidencia de la ciencia. A partir de las ideas de Olivé planteadas arriba, podremos desarrollar una solución al problema de la dicotomía biológico/socialmente construido. Expondremos la solución en las secciones siguientes. Primero expondremos los compromisos realistas mínimos derivados del realismo kantiano de Olivé aplicados a la medicina y posteriormente, los compromisos pluralistas. Según la posición desarrollada arriba, dada la relevancia epistémica de los conceptos de la enfermedad para la sobrevivencia de la especie humana, se asume que debe tratarse de un objeto real. Y “real” en este caso quiere decir las siguientes ideas:

1. Las enfermedades preexistían al ser humano, porque como sabemos las enfermedades de los animales no humanos han existido desde antes de la aparición de nuestra especie,

2. Las enfermedades trascienden las culturas⁹².
3. Pero, a pesar de todo esto, la enfermedad no es independiente de nuestro esquema conceptual, la enfermedad ha sido construida merced a la realidad (X) y a nuestros esquemas conceptuales.

6.5.1. La preexistencia de las enfermedades

La enfermedad existe desde antes de la aparición de la especie humana y abarca tanto especies animales como vegetales. En patología vegetal, por ejemplo, se define la enfermedad de la siguiente manera:

Lo mismo que en muchos otros fenómenos biológicos el concepto de **enfermedad vegetal** es difícil de definir y limitar. Sin embargo, podemos concebir como plantas enfermas aquellas que han llegado a alterarse en su desarrollo fisiológico o morfológico en grado tal, que los signos externos de su alteración son obvios. Tales signos externos de alteración, en el aspecto de una planta, que son característicos de una determinada enfermedad se conocen como **síntomas** (Walker, 1965: 12).

⁹² La primera y la segunda características atribuida a la enfermedad mental corresponden a la argumentación que Martín Roth y Jerome Kroll realizan en su libro *The reality of Mental Illness*. Al respecto, Roy Porter comenta: “Las provocativas aseveraciones de Szasz y de Foucault que invierten la historia tradicional y progresista (digamos ‘liberalista’) de la psiquiatría, pues presentan a sus héroes como villanos, ha sido a su vez, vigorosamente impugnadas”. En *The Reality of Mental Illness*, Martin Roth, catedrático de psiquiatría de la Universidad de Cambridge, y Jerome Kroll replican que la persistencia de ciertos síntomas psiquiátricos a través del tiempo demuestran que la enfermedad mental no es una mera etiqueta o una estrategia para hallar un chivo expiatorio, sino una entidad psicopatológica real con una base orgánica auténtica (Porter, 2002a, 15-16).

En lo que respecta a su antigüedad, cabe señalar lo siguiente: “La investigación paleopatológica ha demostrado que la enfermedad ha aparecido simultáneamente con la vida en todos sus niveles. Por ejemplo, los moluscos fosilizados que vivieron hace trescientos cincuenta millones de años tienen multitud de lesiones anatómicas y huellas de parásitos” (López Piñero, 2000: 14).

Este primer sentido de realidad de la enfermedad, según el cual la enfermedad es anterior temporalmente al género humano expresa una de las intuiciones realistas más básicas, aquella intuición según la cual: “La realidad, X, existe independientemente de nuestros conceptos y representaciones”. En este caso, podríamos decir que la enfermedad preexiste al ser humano. Esto último entendido a la manera del pluralismo de Olivé. Es decir, la patología es anterior a nuestros conceptos no en sentido último, en sentido realista metafísico, sino en el sentido de que se trata de un conocimiento genuino de la realidad. Y en el sentido en el que, según nuestras propias teorías, los dinosaurios son anteriores a nuestra especie:

Lo que enuncia la proposición “hace 65 millones de años se extinguieron los dinosaurios”, si es verdad, es un hecho que forma parte del mundo real. Pero, ¿qué quiere decir que sea un hecho? Quiere decir que hay algo en el mundo real que hace verdadera la proposición hace “65 millones de años se extinguieron los dinosaurios”... la realidad por sí misma no está fragmentada en hechos tales como “hace 65 millones de años se extinguieron los dinosaurios”... Esos hechos forman parte del mundo real, pero para existir, necesitan tanto de la realidad (X), como de las proposiciones que los “han recortado” dentro de esa realidad para constituir el mundo real (Olivé, 1999: 161).

Es decir, es cierto que las enfermedades preexisten al ser humano, pero no porque el mundo ya venga recortado con el concepto de enfermedad sino porque lo hemos construido legítimamente de esa manera, merced a la aplicación de nuestros esquemas conceptuales a la realidad X.

Por su parte, la enfermedad humana ha existido desde la aparición de la especie:

En lo que respecta al hombre, el resultado más general de la paleopatología es el hecho de que las enfermedades han sido siempre fenómenos inseparables de su existencia, frente a los bellos mitos de una “edad de oro” libre de dolencias. El fémur del primer ejemplar conocido de *Homo erectus*, que vivió hace unos quinientos mil años y fue descubierto en 1891, presenta una tumoración que es todo un símbolo. Más atrás, en las piezas dentarias de *Australopithecus*, género de homínidos de hace unos tres millones de años, aparecen trastornos patológicos como caries y desarrollo defectuoso del esmalte [...] Como muestra, bastará anotar lo relativo a enfermedades que a menudo se consideran “propias de la civilización” o “específicamente humanas” entre las que se encuentran la artritis crónica y la gota. Todas las especulaciones médicas y sociales en torno al tema quedan un tanto en ridículo cuando se sabe que los dinosaurios, hace doscientos millones de años, o el oso de las cavernas, hace cincuenta mil, padecían a menudo dichas afecciones (López Piñero, 2000: 14).

Los argumentos de los antirrealistas más radicales tratan de demostrar que la enfermedad es meramente una construcción social. En cuyo caso, parece necesario que

dicha construcción social se circunscriba sólo a una época determinada y no que abarque toda la historia de la vida, justo cuando aún no puede hablarse de sociedad.

Al respecto, entre los que han defendido que la enfermedad mental es un hecho natural, Martin Roth y Jerome Kroll, han sostenido que la persistencia de ciertos síntomas psiquiátricos a lo largo de la historia muestra que los antipsiquiatras y los autores que niegan la realidad de la enfermedad mental están equivocados. Así mismo, esta persistencia es una prueba a favor de que la enfermedad mental es una entidad psicopatológica real con una base orgánica auténtica (*Cfr.* Roth y Kroll, 1986).

Lo primero que cabría preguntarse es si realmente hay tal *persistencia* a través del tiempo de los *mismos síntomas*. ¿Cómo podríamos saber esto si los registros de las enfermedades mentales del pasado presentan los mismos problemas que los registros de enfermedades orgánicas del pasado?: no son registros confiables, no están basados en nuestros criterios de identificación de enfermedades. El diagnóstico retrospectivo de cualquier enfermedad basado exclusivamente en un texto implica un riesgo. Además, surge un segundo problema: desde hace mucho tiempo se acostumbra distinguir en la medicina entre la enfermedad y el padecimiento. La enfermedad es la entidad nosológica objetiva, el padecimiento la apreciación subjetiva que la persona tiene de su enfermedad, la forma como una persona entiende y vive su enfermedad. La supuesta uniformidad de los síntomas psiquiátricos puede deberse a la uniformidad de las concepciones de la época sobre la enfermedad y no a una auténtica uniformidad de la supuesta entidad.

Por otro lado, tal como lo reconocen los mismos autores, se trata de síntomas, no de signos psiquiátricos. No son realmente datos objetivos aquellos en los que basan su diagnóstico. Este último punto me lleva a la siguiente reflexión. El diagnóstico médico

contemporáneo distingue entre síntomas y signos. Un síntoma es la percepción privada que el sujeto tiene de su estado, es accesible sólo a éste. Un signo es un dato que el médico o un técnico toma del estado del paciente, un dato que es accesible a otro sujeto. ¿Cómo basar un diagnóstico objetivo sólo en síntomas y no en signos?

6.5.2. La enfermedad a través de diferentes culturas

Si la enfermedad fuera una construcción social ilegítima, es decir, un objeto meramente postulado o producto del consenso ideológico, y por lo tanto que fuera contingente, deberían existir varias lenguas y culturas dentro de las cuales no existiera la clasificación de enfermedad. Y al parecer no es el caso. El concepto de enfermedad parece ser necesario y no contingente. No parece haber ejemplos de culturas en las que no exista un término para designar la enfermedad. En este sentido, la intuición realista básica, según la cual “El mundo existe independientemente de nuestros conceptos y representaciones”, parece cumplirse a través de diferentes culturas.

6.5.3. La enfermedad y los esquemas conceptuales

En este momento es necesario aclarar varios puntos muy espinosos. Las prácticas y los marcos conceptuales construyen la realidad. Para que esto sea más claro digamos algunas cosas acerca de términos como esquema conceptual y práctica. “En términos

generales, la noción de marco conceptual se usa para referirse al conjunto de condiciones de posibilidad para tener creencias” (Olivé, 1999: 135). Y también:

[...] un marco conceptual es un conjunto de presupuestos lógicos, epistemológicos, metodológicos, axiológicos y metafísicos, de pretensiones de saber específicas. Estos elementos son presupuestos de creencias y teorías, prácticas y acciones (Olivé, 1999: 139).

Las prácticas pueden definirse como “[...] son los conjuntos de acciones institucionalizadas, orientadas hacia la consecución de un fin, que realizan los miembros de una comunidad” (Olivé, 1999: 141). Por ejemplo, en una comunidad de científicos, las prácticas serán las de experimentación, observación, medición, etc.

Diferentes culturas y esquemas conceptualizan la enfermedad de maneras muy diferentes. El Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (más conocido por sus siglas en inglés: DSM), por ejemplo, incluye una sección sobre síndromes dependientes de la cultura que viene muy bien a caso para explicar esto. Y dice lo siguiente al respecto:

El término síndrome dependiente de la cultura denota patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como “enfermedades” o por lo menos como causas de sufrimiento, y la mayoría se conocen por nombres locales. Aunque los cuadros clínicos que conforman las principales categorías DSM-IV pueden encontrarse

en todo el mundo, los síntomas particulares, el curso, y la respuesta social están frecuentemente influidos por factores culturales locales. En cambio, los síndromes dependientes de la cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones (DSM: s/p).⁹³

Para que la discusión pueda tener un poco más de cuerpo, considérense dos síndromes dependientes de la cultura: el susto y el *koro*. Empecemos con el susto:

Susto (“miedo súbito” o “pérdida del alma”). Enfermedad popular prevalente entre algunos latinos de Estados Unidos y entre la población mexicana, de América Central y Sudamérica. El susto se conoce también como *espanto*, *pasmo*, *tripa ida*, *pérdida del alma* o *chibib*. El susto es una enfermedad atribuida a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad. Los individuos que sufren sustos experimentan también dificultades significativas en el contexto social. Los síntomas pueden aparecer tras semanas o años de experimentar el miedo súbito. Se cree que, en casos extremos, el susto puede provocar la muerte. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo o pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen mialgias, cefaleas, gastralgias y diarrea. Los rituales de salud se orientan en el sentido de recuperar el alma para que vuelva al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual. Las diferentes experiencias de susto pueden estar relacionadas con un trastorno depresivo mayor, trastorno

93 Cita tomada de la versión electrónica del DSM, apéndice J, sin número de página.

por estrés postraumático y trastorno somatomorfo. Creencias etiológicas y configuraciones de síntomas similares pueden encontrarse en diversas partes del mundo (DSM: s/p).⁹⁴

Por su parte, el síndrome *koro* correspondería con lo siguiente:

Koro. Término de origen malasio, que se refiere a un episodio súbito e intenso de ansiedad, por el hecho de que el pene (o la vulva y las mamas, en la mujer) penetra dentro del organismo y puede causar la muerte. El síndrome ha sido recogido en el sudoeste de Asia, donde es conocido por distintos términos locales, como *shuck yang*, *shook yong* y *suo yang* (chino); *jinjinia bemar* (Assam), o *rok-joo* (Tailandia). Puede encontrarse ocasionalmente en el oeste. El *koro* a veces se presenta de forma epidémica en áreas del este de Asia. Este diagnóstico se incluye en la *Clasificación china de trastornos mentales*, segunda edición (CCMD-2) (DSM: s/p)⁹⁵.

El problema puede ser el siguiente. Tanto el susto como el *koro* parecen apoyar la idea de la enfermedad, al menos la enfermedad mental, como caso de construcción social porque estos síndromes sólo existen en determinadas culturas. En el caso del susto, ciertas zonas de Latinoamérica y en el caso del *koro* ciertas zonas de Asia. Sin embargo, tal como dijimos arriba, en este caso se trata de dos problemas mezclados, con soluciones diferentes cada uno de ellos.

94 Cita tomada de la versión electrónica del DSM, apéndice J, sin número de página.

95 Cita tomada de la versión electrónica del DSM, apéndice J, sin número de página.

El primer problema es el antes mencionado de las entidades morbosas. Que el susto o el *koro* sean clasificaciones culturalmente dependientes no forman parte del problema de la naturaleza de la enfermedad sino del problema de las entidades morbosas, porque la discusión versa sólo acerca de una enfermedad particular, no acerca del concepto mismo de enfermedad.

Pero la existencia de síndromes culturalmente dependientes sí hacen pensar que algunos aspectos de la enfermedad son sensibles a la cultura. En este sentido, parece que la enfermedad no es una clase indiferente. Pero como se recordará, esto ya fue discutido arriba cuando cité a Hacking y su concepción de la enfermedad mental. En ese caso vimos cómo el sustrato de la enfermedad, la disfunción biológica, es una clase indiferente, pero cómo los conceptos acerca de dicha entidad y cómo el padecimiento no son de ninguna manera indiferentes a la cultura. En el caso de las enfermedades mentales, dado que la mayor parte del diagnóstico se basa en síntomas⁹⁶ y no en signos, es difícil separar la enfermedad del padecimiento.

En este sentido, los síntomas, en tanto que no son accesibles al médico y son subjetivos, parecen estar más cercanos al padecimiento. Por el contrario, los signos, en tanto que intersubjetivos parecen estar más asociados a la enfermedad como tal.

El segundo problema es el siguiente. Cuando afirmo que la enfermedad es real podría pensarse que asumo que la realidad tiene una estructura determinada que se refleja

⁹⁶ Como se recordará en un capítulo previo (el segundo) se ofreció una breve definición de signo y síntoma, a saber: el signo es aquel dato del estado de salud del paciente que es accesible a los sentidos educados del médico o sus extensiones tecnológicas. El signo es intersubjetivo. Por su parte, el síntoma se refiere a los datos suministrados por el paciente y que sólo son accesibles a él. Ejemplos de signos son la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura, los datos de laboratorio y otros. Ejemplos de síntomas son el dolor, la sensación de mareo y el malestar general, la ansiedad y otros.

en nuestras categorías, con lo que podría pensarse que suscribo la tesis más problemática del realismo metafísico, la tesis número cuatro, que dice: “Existe (aunque no la conozcamos todavía) una imagen o representación completa del mundo objetivo tal como es en sí mismo (lo que Putnam, identifica como “el punto de vista del ojo de Dios”) (Quintanilla, 1994: 22).

Pero ese no es el caso porque cuando afirmo que la enfermedad existe a través de diferentes culturas, no suscribo que la taxonomía de las enfermedades sea compartida por las diferentes culturas, sino sólo que la categoría de enfermedad existe en varias de ellas. En este sentido, esta tesis sólo se aplicaría si suscribiera un realismo respecto del problema de las entidades morbosas.

Por otro lado, a pesar de la existencia de la categoría de enfermedad, la manera como cada cultura la concibe es de una diversidad tal respecto de su etiología que no es posible suscribir la misma taxonomía *folk*⁹⁷. En este caso, lo que parece es que un cierto insumo del mundo al que llamaremos la protoenfermedad ha sido “cocinado” de muy diversas maneras dentro de las diferentes culturas. Y este insumo del mundo llamado protoenfermedad es lo que es real a pesar de las diversas conceptualizaciones que existen de él.

Olivé (1999) ha defendido un tipo de realismo interno muy interesante. Creo que este tipo de realismo sirve para dar cuenta de este problema.

97 Aunque la palabra *folk* se puede traducir como “popular” o “del pueblo”, creo que en este caso decir taxonomía popular o del pueblo no expresa correctamente la idea de una taxonomía relativa a una cultura.

6.6. SEGUNDO CRITERIO: EL PACIENTE

El segundo criterio que consideramos es el beneficio o perjuicio que recibe el paciente que es visto desde la perspectiva de un determinado concepto de la enfermedad. Como podrá recordarse, en el caso de los conceptos mágico-religiosos de la enfermedad, además de su falta de apoyo empírico, reportaban un daño muy considerable al paciente con su idea de la culpa. Al concebir la enfermedad como un castigo, producen una culpa enorme al paciente.

Un criterio de este tipo había sido enunciado cuando vimos las pseudoenfermedades, recordemos brevemente lo dicho ahí. Según la definición propuesta por el *British Medical Journal*, “una persona tendría mejor resultado si el problema o proceso no fuese catalogado de esta manera” (Smith, 2002: 885). Es decir, “[...] algunas enfermedades conllevan un inevitable estigma, que quizá crea muchos más problemas que la condición por sí misma” (Smith, 2002: 884).⁹⁸

Sontag considera que un aspecto muy criticable de las prácticas mágico-religiosas y de muchas de las terapéuticas heterodoxas es la culpa que dicha creencia hace recaer sobre el paciente, al considerarlo responsable de su enfermedad.

Opiniones tan descabelladas y peligrosas no sólo descargan sobre el paciente la responsabilidad del mal que le aqueja sino que, además de impedirle comprender la gama de tratamientos posibles, lo apartan implícitamente de todo tratamiento. Se da por sentado

⁹⁸ “Some diseases carry an inescapable stigma, which may create many more problems than the condition itself” (Smith, 2002: 884).

que la cura depende en primer término de la capacidad de amor del propio paciente, de hecho muy puesta a prueba ya, o muy debilitada (Sontag, 1977: 59).

Estas dos tendencias, el espiritualismo y culpar al paciente, son echadas abajo cuando se reconoce que se está dotando de significado a fenómenos naturales. “La finalidad de mi libro era calmar la imaginación, no incitarla. No dar significado, propósito tradicional de todo esfuerzo literario, sino privar de significado: aplicar esta vez esa estrategia quijotesca, altamente polémica: *‘contra la interpretación’, al mundo real. Al cuerpo*” (Sontag, 1988: 115, cursivas agregada al original).

Recordemos que en el caso del sida, la culpa recaía sobre el paciente, al considerar que su enfermedad era el castigo divino por la supuesta depravación de su conducta. El concepto mágico-religioso, en lugar de contribuir a la lucha contra el estigma, lo fortalece, le da razones. Si la enfermedad es un castigo, los enfermos merecen su enfermedad y ésta es una vía para expiar su culpa. De esta manera la enfermedad no necesita ser curada, ella es lo que cura. La enfermedad es un bien, quizá el mayor bien, porque permite pagar por los propios errores y culpas.

CONCLUSIONES

La enfermedad existe, es un hecho del mundo, pero hay varias formas de conceptualizarla. Se han defendido varias ideas realistas respecto de la enfermedad: la enfermedad es anterior a la historia del hombre y trasciende las culturas. Al mismo tiempo, se ha defendido que esta idea es compatible con una concepción pluralista. Cabe la pregunta: ¿de qué manera embonan ambas ideas? Tengo dos respuestas al respecto.

La primera respuesta tiene que ver con la idea de Hacking enunciada para superar la dicotomía biológico/construido. Como se recordará, la idea de este autor es que tanto las ideas respecto de una enfermedad como el comportamiento que asume un paciente que es clasificado de una determinada manera son construcciones sociales, pero que la fisiopatología subyacente a la enfermedad es lo que Hacking (1999) llama una clase indiferente, es decir una clase que no se ve afectada por lo que las personas crean acerca de ella.

La segunda respuesta tiene que ver con las tres características que se le atribuyeron a la enfermedad y que expliqué varias páginas atrás. Repito las características con el afán de ser claro:

- A. La enfermedad preexiste al ser humano, porque como sabemos la enfermedad de los animales no humanos ha existido desde antes de la aparición de nuestra especie.
- B. La enfermedad trascienden las culturas

- C. Pero, a pesar de todo esto, la enfermedad no es independiente de nuestro esquema conceptual, la enfermedad ha sido construida merced a la realidad (X) y a nuestro esquema conceptual.

Como la posición que queremos defender es una posición pluralista, debe contar con criterios que permitan distinguir entre conceptos aceptables de la enfermedad y otros inaceptables. Al respecto, hemos dado dos criterios para aceptar un concepto de la enfermedad.

El primer criterio para aceptar o rechazar un concepto es qué tanto captura el mundo, qué tanto puede responder a nuestras intuiciones realistas. A partir de las ideas de Olivé planteadas arriba, podremos desarrollar una solución al problema de la dicotomía biológico/socialmente construido.

El segundo criterio que consideramos fue el beneficio o perjuicio que recibe el paciente de un determinado concepto de la enfermedad. Como podrá recordarse, en el caso de los conceptos mágico-religiosos de la enfermedad, además de su falta de apoyo empírico, reportaban un daño muy considerable al paciente con su idea de la culpa. Al concebir la enfermedad como un castigo, producen una enorme culpa al paciente.

Capítulo 7. Articulación de los conceptos de la enfermedad

INTRODUCCIÓN

Hemos presentado varios conceptos de la enfermedad de muy diversa procedencia. No consideramos que cualquier concepto sea válido o aceptable, algunos son francamente dañinos para la persona a la que se aplican, o incluso llegan a resultar un obstáculo para la investigación científica (caso del mágico-religioso). Otros, por el contrario, ni resultan un estorbo ni un perjuicio para el paciente, pero son conceptos diferentes del concepto científico (caso del concepto de sentido común). Por el contrario, otros conceptos conviven en el ámbito de las universidades y de la práctica con el biomédico (caso del concepto biopsicosocial). ¿Qué podemos decir de esta enorme diversidad? ¿Hay alguna manera de organizar toda esta riqueza (o caos, o desorden, según se vea)? Creemos que sí, y que el pluralismo nos ofrece una oportunidad magnífica para poder hacer esto, evitando al mismo tiempo los riesgos del relativismo y de un constructivismo devastador como los que se revisaron el capítulo anterior.

Lo que haremos será desarrollar, a partir de las ideas de Boorse y de Olivé, una propuesta de cómo articular los distintos conceptos de la enfermedad, de tal manera que el

concepto biomédico conserve su primacía, por ser éste el concepto científico, pero que dentro de determinados contextos pueda pensarse en un pluralismo. Por ejemplo, que dentro del contexto clínico pueda considerarse aceptable el biopsicosocial. Al mismo tiempo, se mostrará de qué manera varios conceptos de la enfermedad resultan inaceptables debido al daño que causan al paciente o a la falta de apoyo empírico a su favor.

7.1. ENFOQUE MULTINIVEL DE LA ENFERMEDAD

En su artículo de 1987, “Concepts of Health” Boorse presenta un análisis de distintos conceptos de la enfermedad organizados en varios niveles, razón por la cual se le conoce como análisis multinivel del concepto de enfermedad. El esquema presentado en dicho artículo y las ideas vertidas en ese texto son muy cercanas al enfoque pluralista que deseamos desarrollar, razón por la cual lo tomamos de base para iniciar la presentación de este capítulo. La idea central de dicho texto es que es posible articular en torno al concepto teórico (es decir, al biomédico) el resto de los conceptos de la enfermedad, sin reducirlos a éste. De esta manera se ve que este concepto resulta prioritario, sin necesidad de defender una posición reduccionista. Así, es posible dar sentido a un pluralismo. Además de esto, nos permitirá tener una visión general de la relación entre las distintas representaciones de la enfermedad. Dicho esquema es el siguiente:⁹⁹

⁹⁹Esquema tomado de Giroux, 2010: 86.

Subóptimo		
Patológico		Normal (concepto teórico)
Anormal desde el punto de vista del diagnóstico		Normal desde el punto de vista del diagnóstico
Anormal desde el punto de vista terapéutico		Normal desde el punto de vista terapéutico
Muerto	Enfermo	Sano
	Vivo	

El primer nivel presenta la dicotomía entre salud positiva, entendida como un estado óptimo del individuo, en el que además de estar sano presenta un grado de excelencia que lo destaca de los demás. Por el contrario, el estado subóptimo, es aquel en el que no puede hablarse propiamente de enfermedad sino de un estado no óptimo del individuo, sin excelencia, es decir, de un estado con menores capacidades, pero todavía dentro de lo sano: bajo de estatura, pero sano, inteligencia normal pero sin ser brillante, etc. Esta dicotomía corresponde, a grandes rasgos, a la revisada en el capítulo dedicado a las pseudoenfermedades. Las pseudoenfermedades serían estados no patológicos, pero subóptimos. Por lo que habría un componente axiológico en dicha distinción. En este nivel la dicotomía aparece entre el sano que además es excelente y el sano que presenta una forma más débil, menos competitiva.

Cabría hacerse la pregunta respecto de las nociones de óptimo y de excelencia empleadas a este respecto. Lo óptimo y lo excelente no serían conceptos objetivos, científicos sino aquello que dentro de una comunidad representara mejor los ideales de ésta.

En el segundo nivel aparece el concepto teórico de la enfermedad. Este es el nivel del concepto biomédico, y más específicamente del concepto bioestadístico, según el cual una enfermedad disminuye la capacidad funcional por debajo del nivel típico. Aquí la enfermedad se entiende de manera biomédica, es decir, como una disfunción que disminuye las capacidades por debajo de la eficiencia típica, sin importar que la enfermedad sea grave o trivial, diagnosticada o no. Este es el nivel fundamental, prioritario de nuestros conceptos de la enfermedad. Es el nivel patológico de la enfermedad.

En el tercer nivel, la dicotomía se refiere al diagnóstico. Aquí, enfermedad se entiende como enfermedad diagnosticada, por el contrario, no patológico se entiende como no diagnosticado o sin síntomas, sin aparecer a la conciencia del sujeto. Los casos en que hay presencia de una patología (en sentido biomédico) generalmente leve no diagnosticada, y que por lo tanto no presenta síntomas o molestia alguna para el organismo. Es decir, cuando la enfermedad no ha aparecido en la conciencia no se considera patológico en este tercer sentido. Por el contrario, anormal (en este tercer sentido) se refiere a los casos en que se ha dado un diagnóstico o hay síntomas, además de presencia en la conciencia, sea ésta leve o grave. Como podrá verse, este sentido corresponde bastante bien con el nivel clínico, y por tanto con una parte de lo que se entiende con el concepto práctico de la enfermedad.

En el cuarto nivel, normal se entiende desde el punto de vista terapéutico. La dicotomía se da aquí entre los casos en que hay diagnóstico de una patología, pero la levedad de la misma hace que no requiera tratamiento porque no representa ningún riesgo

mayor o no afectarán la vida del paciente. Es decir, en términos terapéuticos se podrá considerar sano porque no requiere tratamiento debido a la levedad de la enfermedad. Anormal en este caso significa que hay presencia de una patología diagnosticada y que debido a la gravedad del diagnóstico debe recibir tratamiento. Es decir, patológico se refiere a la necesidad de tratamiento, sea éste técnicamente posible o no.

En el quinto nivel aparecen las categorías de muerto, sano y enfermo. Enfermo en este caso se refiere a los casos en que queda comprometido todo el organismo, en donde la enfermedad es algo obvio, notable, generalizado. Considérese aquellos casos en que la gravedad el malestar indica sin lugar a dudas que hay una enfermedad. Sano, por lo contrario, se refiere a los casos en que esto no es así, en que la persona aún puede realizar sus capacidades, que aún puede trabajar, de manera que en este sentido aún “funciona”, aunque de hecho se encuentre una patología.

En el último nivel la dicotomía es entre vivo y muerto. Éste sería el nivel más obvio de la dicotomía. En este caso, el que está vivo aún realiza funciones biológicas, si bien puede encontrarse postrado por la enfermedad.

Este esquema nos ofrece una forma de organizar y comprender muchos de los conceptos que se han tratado hasta el momento. Cabe señalar que el concepto biomédico resulta de todos estos el concepto más fundamental.

7.2. PRIORIDAD DEL CONCEPTO BIOMÉDICO

¿Qué relación guardan todos estos niveles de la enfermedad? ¿Hay un nivel más fundamental que sirva para articular a los demás en torno suyo? ¿Cómo es esta relación? Desde mi punto de vista, lo importante es mostrar cómo estos niveles se articulan y jerarquizan entre sí, sin implicar necesariamente una reducción de unos a otros. Dice Giroux: “Así, entre conceptos teóricos y prácticos, es decir, entre patología y clínica, la cuestión no es de reducción sino de articulación. Boorse no pretende reducir la clínica a la patología o a la biología” (Giroux, 2010: 88). Respecto de esta articulación, Boorse considera que el concepto teórico, el patológico, es el más fundamental de todos. De acuerdo con este autor, es posible obtener el resto de los conceptos a partir del biomédico. Lo que habría que hacer sería sumar valores al concepto teórico para dar los demás conceptos.

Creemos que se puede articular en torno al concepto biomédico varios de los conceptos presentados anteriormente (a excepción, claro, de los conceptos ideológicos y de los mágico-religiosos), de tal manera que se vea que el concepto biomédico es el más fundamental porque el concepto más general de la enfermedad, pero sin implicar que los demás se reducen a éste. Desde mi punto de vista, esta será la opción más fructífera.

Así, por ejemplo, dentro de la categoría biomédica de sano, es posible reconstruir un subgrupo mediante la consideración de los valores de una sociedad para que los sanos que reflejan mejor los ideales de la sociedad en cuestión, formen un grupo de los óptimos. De esta manera podemos reconstruir la idea de las pseudoenfermedades como subóptimo. Los tímidos, que son sanos desde un punto de vista biomédico no serían óptimos porque nuestra sociedad no valora la timidez. Pero no por ello sería patológico desde el punto de vista biomédico.

Por el contrario, en el caso del concepto práctico podríamos proceder de la siguiente manera. A partir del concepto biomédico de enfermo, podemos agregar valores para distinguir entre los enfermos cuya enfermedad es vivida de una manera particularmente dolorosa debido al estigma por tener un padecimiento muy serio. Piénsese, por ejemplo, en el caso del sida.

De esta manera puede verse que el concepto científico es el más fundamental de todos, pues a partir de éste es posible comprender los demás. Además, hay otra razón por la que este concepto puede considerarse el prioritario. Gracias a esta concepción de la enfermedad, la medicina ha podido ser plenamente científica, superando el estado en que se había encontrado durante mucho tiempo, en parte por la permanencia del sistema galénico. Gracias a este concepto es que hoy en día contamos con una aproximación objetiva a la enfermedad.

El concepto biomédico surgió a finales del siglo XVIII y su desarrollo continuó durante los siglos XIX y XX. Gracias a Bichat, la enfermedad es concebida como la lesión anatómica o funcional de un tejido. Antes de esta concepción, las lesiones de los tejidos no tenían un papel importante en la explicación de la enfermedad, y a lo sumo eran considerados como un síntoma más de la enfermedad, pero sin que tuvieran un papel preponderante.

Además, la segunda característica del concepto biomédico, la distinción clara entre signos y síntomas permitió objetivar el estudio de la enfermedad. Según esta idea, el aspecto físico, objetivo, accesible a los sentidos entrenados del médico y no los aspectos subjetivos, accesibles sólo al paciente, es lo más importante para determinar la enfermedad.

Idea que más tarde será expresada mediante la separación realizada por Corvisart entre un hombre subjetivo y un hombre objetivo que daría lugar a la clara distinción entre síntomas y signos. Gracias a esta idea, la medicina ha podido tener un avance impresionante, desconocido para todos los sistemas médicos anteriores.

El tercer elemento importante del concepto biomédico: la idea de que el sitio de la enfermedad es la célula, idea desarrollada por Virchow, de tal manera que el estudio de la enfermedad debe tener a aquella como unidad básica de análisis, permitió integrar a la medicina dentro del cuerpo más amplio de las ciencias.

La idea según la cual la enfermedad es la vida en condiciones anormales, que más que constituir una definición como tal de enfermedad es un presupuesto, permite concebir a la patología como un tipo de biología de las condiciones anormales. Gracias a esta idea, la medicina pudo integrar los resultados de la biología y de la fisiología para ampliar su conocimiento.

En resumen, gracias a la concepción biomédica de la enfermedad la medicina ha podido integrarse al cuerpo de las ciencias, abandonando el estado en el que se encontraba todavía hasta finales del siglo XVIII.

7.3. CONCEPTOS IDEOLÓGICOS Y NO CIENTÍFICOS

Para una concepción pluralista, como la que se desea defender en este trabajo, si bien puede haber varias formas correctas o adecuadas de representar la realidad, no cualquier representación es igualmente válida. Los conceptos de los que hablaremos en esta sección pertenecen a ese tipo de conceptos que no pueden considerarse para nuestros propósitos como formas correctas de capturar la realidad.

Las razones por las que no se consideran formas correctas son de dos tipos. La primera, y más importante, es que no son conceptos con una justificación objetivamente válida. No cuentan con datos a su favor ni con ningún tipo de apoyo empírico.

En segundo lugar, estos conceptos estigmatizan al paciente, le causan un daño terrible o impiden que reciban un tratamiento adecuado. El estigma asociado a las representaciones mágico-religiosas de la enfermedad es uno de los mejores ejemplos de daño al paciente. Este concepto de la enfermedad ve al sida (y al resto de las enfermedades) como un castigo, y en este mismo sentido, como algo merecido, como algo justo debido a la “depravación” y a los atentados en contra de las leyes dictadas por las divinidades debido al “amor antinatural” al que se encuentra asociado. Por tanto, la enfermedad es la marca o estigma con el que puede reconocerse al transgresor de los tabúes o preceptos religiosos.

7. 3. 1. Mágico-religioso

Este concepto dista mucho de ser compatible o derivable a partir del concepto biomédico. Sin embargo, su influencia sigue marcando la apreciación social de muchas enfermedades. A través del estigma que acompaña al sida y a otras enfermedades, este concepto sigue influyendo en la cultura contemporánea. Si bien, debido al daño que causa a las personas, es un concepto que muy difícilmente sería aceptado como correcto.

Dado que para esta noción la enfermedad es el justo castigo por una transgresión, ¿qué beneficio puede recibir un paciente de sida, al que se le diga que su enfermedad es un castigo? Dicha idea resulta devastadora para la persona y le causa un daño terrible. ¿Cuánto mejoraría la vida de tantos pacientes sin el estigma social, producto de este concepto, asociado a su enfermedad?

Para una perspectiva pluralista ésta representación de la enfermedad sería un caso de un recorte de la realidad que no podría aceptarse.

7. 3. 2. Homeopático

El concepto homeopático, a diferencia del concepto mágico-religioso, no estigmatiza al paciente, no lo considera culpable de su enfermedad. En este sentido, resulta menos dañino que el concepto anterior. Sin embargo, desde hace muchos años se ha mostrado cómo este concepto no está objetivamente justificado.

A finales del siglo XVIII, que es cuando surge, podría haber representado una alternativa médica viable debido a su menor agresividad terapéutica, expresada en la famosa frase: “si no te cura, al menos no te causa daño”. Pero hoy día ya no. Hoy día se encuentra superado. Sus deficiencias conceptuales y su falta de apoyo empírico han quedado ya muy claras. No representa una alternativa con justificación objetiva como terapia.

7. 2. 3. Conceptos heterodoxos

Tal como ya se dijo, una vez que la medicina científica empezó a conquistar triunfos en el siglo XIX y se volvió hegemónica, la resistencia de los viejos conceptos médicos permitió

que se mantuvieran vivos en la memoria de muchas comunidades. Algunos de estos viejos conceptos, nacidos de visiones del mundo mucho más simples, continuaron atrayendo adeptos.

En el siglo XX, como efecto de varios fenómenos sociales, entre ellos la contracultura y la así llamada *new age*, estos viejos conceptos médicos generaron sus propios sistemas terapéuticos, las “medicinas alternativas”. Estas prácticas han tratado de legitimarse recurriendo a un discurso que trata de pasar por científico, sin serlo. Otras han tratado de presentarse como alternativas o complementarias, sin serlo realmente.

Algunas de estas nociones heterodoxas, al igual que el concepto mágico-religioso pueden resultar perjudiciales. Considérese las críticas de Susan Sontag a la visión del cáncer como producto de la represión y de la amargura, de la falta de ganas de vivir. En ese sentido, pueden también, a su manera, estigmatizar al paciente, culparlo por su propia enfermedad.

7. 2. 4. Las pseudoenfermedades

El concepto biomédico resulta especialmente útil para poder hacer una crítica de las pseudoenfermedades y para poder reconocerlas como imposiciones, o de plano como ideología. La mayor parte de estos procesos no patológicos son producto del consumismo o de la venta de ideales estéticos o hedonistas como si se tratara de ciencia. En otras ocasiones representan meras estrategias de comercialización de las grandes farmacéuticas transnacionales. Lo único que se busca es vender un producto tratando de justificarlo en supuestas investigaciones científicas.

Tal como se dijo páginas atrás, en el *British Medical Journal* se propone una definición del concepto de pseudoenfermedad, tal como sigue: “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: 885). Esta definición ha sido ampliada con las características que propone Villoro (1985) para la ideología, pues como vimos, la postulación de una pseudoenfermedad carece de razones objetivamente suficientes. Además de que dicha postulación cumple la función ideológica de promover el poder político o económico de algún grupo.

7.4. CONCEPTO DE SENTIDO COMÚN

Para una concepción pluralista, varias nociones pueden ser aceptables, si bien, no todas. Las representaciones anteriores son casos de nociones que resultarían inaceptables. Más adelante expondremos una noción diferente de la biomédica que podría resultar aceptable. Sin embargo, en esta sección expondremos una noción que no se encuentra en ninguno de los dos extremos anteriores: ni es claramente inaceptable ni tampoco claramente aceptable. Me refiero a la noción de sentido común de la enfermedad. Creo que esta noción se situaría en un punto intermedio entre los dos grupos de representaciones de la enfermedad.

No es una noción objetivamente válida de la enfermedad, pero tampoco está desprovista de toda razón. Al mismo tiempo no sólo no resulta dañina para el paciente sino

que en algunos casos puede resultar útil. Por esta razón la expondremos en una sección aparte.

7.4. 1. Un concepto de sentido común

La concepción de la enfermedad del sentido común presentada por Emilio La Rosa podría considerarse en un área gris, a mitad de camino entre los conceptos aceptables y los conceptos inaceptables de la enfermedad. Recordemos de manera muy breve dos de estas nociones presentadas de sentido común presentadas en el primer capítulo:

2) “La ‘enfermedad liberadora’, por la que la persona vive la enfermedad como reposo y ruptura eventual en relación con los obstáculos y limitaciones sociales. Esta situación le abre nuevas posibilidades de vida y libertad. La enfermedad juega un papel de defensa contra las exigencias de la sociedad y puede conducir a un enriquecimiento y realización de la persona” (La Rosa, 2009: 57).

3) “La ‘enfermedad trabajo’, en cuyo caso la persona lucha activamente contra la enfermedad y la angustia que ésta produce. Ella se siente capaz de participar del proceso de curación y percibe las relaciones con el médico como un intercambio y una cooperación. La enfermedad tiene sobre todo un rol de aprendizaje, y la curación es considerada como una salida normal” (La Rosa, 2009: 57).

Estas nociones no entran en franca oposición con la perspectiva biomédica, si bien son diferentes. Tampoco es una noción que resulte dañina para las personas. Parecen ser nociones que al no estigmatizar al paciente no le provocan daño. Al mismo tiempo, esta noción convive en la vida cotidiana con el concepto biomédico.

7.5. CONCEPTOS DE CORTE CLÍNICO

Como ya se dijo, los conceptos de corte clínico presentan importantes diferencias entre sí. La razón por la que los agrupo dentro del mismo apartado es por su énfasis en la clínica y en la idea de que la enfermedad no se reduce a sus aspectos biológicos, sino que incluye aspectos psicológicos (caso de Canguilhem) y también sociales (caso de Engel, Martínez Cortés y Wulff *et al.*). Por esta razón los consideramos en pequeñas secciones aparte.

7.5.1. La concepción de Canguilhem

Una posición como la defendida por Canguilhem niega que la patología pueda ser una ciencia, por lo que dirige un gran número de críticas al concepto biomédico. Además, Canguilhem defiende que la enfermedad es un concepto normativo, es decir que no es un concepto que exprese un hecho del mundo, algo real, sino más bien determinadas normas. Si bien, el tipo de de normatividad en la que está pensando este autor no es una normatividad social o nacida de la historia sino una extraña especie de normatividad biológica.

La posición vitalista de este autor, por otro lado, resulta otro obstáculo muy difícil de superar para hacerlo compatible con una visión científica de la enfermedad.

7. 5. 2. Biopsicosocial

Dicho de manera breve: el concepto biopsicosocial de Martínez Cortés sí puede articularse con el concepto biomédico. Pero el concepto de Canguilhem no, ese concepto, por su propia naturaleza, resulta incompatible con el biomédico.

Veamos un poco más detalladamente la relación entre el concepto teórico (o biomédico) y el concepto práctico (o biopsicosocial). El concepto teórico de la enfermedad permite tener una explicación científica y objetiva de la enfermedad (y por lo tanto también un tratamiento objetivo). El concepto biopsicosocial no está tan interesado en la explicación científica de la enfermedad sino en el tratamiento de las personas. Buscan vérselas con la subjetividad de una persona sin tratar de objetivarla y “tratar” esta misma subjetividad en el encuentro de una persona con otra persona. Los padecimientos y subjetividad de los pacientes son parte de lo que debe tratar el médico, de acuerdo a estos teóricos.

El punto de partida de estas dos maneras diferentes de ver la enfermedad podría presentarse de la siguiente manera. ¿Cuál es el sitio de la enfermedad o cual es la unidad de análisis mínima para poder hablar de enfermedad? ¿El individuo (humano o no humano), el tejido, la célula o la molécula? Los biomédicos han encontrado que el sitio de

la enfermedad, la unidad de análisis mínima, es la célula o incluso la molécula. Los defensores del concepto biopsicosocial, por el contrario, creen que el sitio de la enfermedad, la unidad de análisis mínima es el individuo, la persona y no la célula.

Para el concepto teórico de la enfermedad, el sitio de ésta es la célula. La célula es lo que enferma. Lo que pretende la terapéutica es devolver la célula a su estado normal. La fisiología, y de manera más reciente la biología molecular, es la disciplina fundamental para el trabajo de la patología.

Para el concepto práctico, el sitio de la enfermedad es la persona, no la célula. La persona, con su biografía, su subjetividad es lo que enferma. Debido a esto, su disciplina fundamental es la clínica, es decir, todos aquellos procedimientos que puede hacer el médico en su consulta sin necesidad de un laboratorio. Tocar, ver, palpar, escuchar y uno de los elementos más valorados por este tipo de enfoques: entrevistarse con el paciente. Entrevistarse con el paciente es distinto de realizar un interrogatorio. En una entrevista el paciente y el médico tienen un encuentro cara a cara, son dos personas. En un interrogatorio, el médico sólo está buscando orientarse para encontrar signos objetivos de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de sus diferencias, podemos notar un gran acercamiento entre ambos conceptos, pues los dos conviven actualmente en muchas de las escuelas de medicina científica. Los médicos universitarios en muchas facultades reciben las dos orientaciones y el concepto biopsicosocial no resulta perjudicial para el trabajo de los clínicos, al contrario.

Aún cuando ambos conceptos tienen diferencias importantes, no consideramos que se trate de dos conceptos irreconciliables o fundamentalmente incompatibles, sino que se

trata de un ejemplo del pluralismo que puede existir al interior de una profesión científica como la medicina.

7. 6. PLURALISMO

Lo que afirmarí­a una posición pluralista en filosof­ía de la medicina es lo siguiente: la representación biomédica es prioritaria, pero las demás pueden tener un contexto de aplicación: la biopsicosocial, en la clínica, por ejemplo. Pero no así la representación mágica-religiosa del sida que culpabiliza a los pacientes. Dicho de otra manera: puede haber más de una representación correcta de la enfermedad, de acuerdo con los contextos, pero no cualquier representación de la enfermedad es correcta.

La dependencia de los hechos respecto de los científicos, no sólo es epistemológica sino también ontológica. El primer sentido de la dependencia epistemológica de los hechos se refiere a que no hay hechos sin conceptos en el nivel epistemológico. Es decir: “La realidad independiente es recortada en un mundo de hechos y objetos mediante la aplicación de cada marco conceptual” (Olivé, 1996: 189).

Pero hay también una dependencia ontológica de los hechos respecto de los investigadores en el siguiente sentido: “No hay objetos sin conceptos en tanto que todos los

objetos, para ser identificables desde algún marco conceptual, requieren de su correspondiente concepto” (Olivé, 1996: 190).

La realidad existe de manera independiente de los sujetos, pero no está dividida de manera natural en objetos y hechos. Cuando los sujetos humanos aplican su marco conceptual a la realidad, dividen esta realidad en objetos y hechos, y establecen las propiedades definatorias de los objetos. Los hechos científicos se constituyen a partir de lo que aporta el mundo, por un lado, y lo que aportan los esquemas conceptuales, por el otro.

El pluralismo tendría un componente realista y otro constructivista. El componente realista sería el siguiente:

1. Existe algo que llamamos la realidad. Como no sabemos nada más de eso que llamamos realidad, decimos que existe $X = \text{realidad}$.
2. La existencia de X es independiente de toda representación y de toda práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico.
3. X tiene una estructura que también es independiente de toda representación y práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico (Olivé 1999: 148).

El primer punto marca la idea más básica y más fácil de aceptar del realismo, la intuición de sentido común de acuerdo a la cual existe un mundo independiente de sujetos

cognoscentes. Pero este no es el único componente del pluralismo. Tiene también un componente constructivista, que sería el siguiente:

[...] el mundo que los seres humanos construyen al poner en funcionamiento los recursos conceptuales mediante los que obtienen conocimiento, es, para ellos, el *mundo real*; y aunque ese mundo real puede incluir objetos que no son reales (objetos que no pertenecen a X), no puede dejar de incluir objetos, hechos y relaciones causales reales (que pertenecen a X), para que la comunidad sobreviva (Olivé, 1999: 159).

La metáfora que se ha usado para esto es que la realidad puede ser cortada de diferentes maneras por los marcos conceptuales, y que en este sentido, los marcos mismos serían constitutivos de la realidad.

Esta tesis de una constitución conjunta de *nuestro mundo* por parte de una realidad (cualquiera que ésta sea) con una mínima estructura y nuestros esquemas conceptuales (que aportarían los conceptos y otros elementos) serían los elementos principales del pluralismo.

Una de las principales limitaciones que impone la realidad a nuestra especie y a la construcción de la realidad es la sobrevivencia de la especie misma, pues si el mundo que se recorta de esta realidad básica fuera del todo ajeno a la estructura de la realidad, nuestra especie no podría sobrevivir. En este sentido, la realidad impone restricciones a nuestros conceptos, uno de los más importantes sería el concepto de enfermedad, sin el cual nuestra especie no podría vivir en un mundo lleno de bacterias patógenas, virus, parásitos y lesiones físicas de todo tipo.

Así, la sobrevivencia de nuestra especie y el éxito en la práctica podrían tomarse como señales o indicativos de un cierto contenido de lo real en nuestros conceptos. De esta manera, aunque el mundo sea constituido se trata del mundo real: “aunque el conocimiento objetivo se relativice a los recursos conceptuales de cada comunidad epistémica, es, sin embargo, un conocimiento genuino del mundo real” (Olivé, 1999: 158). Así, este mundo construido es también el mundo real y nos permite un acceso epistémico a la realidad:

De tal forma que la propuesta de Olivé podría resumirse de la siguiente manera:

La propuesta central del constructivismo pluralista es que en el hecho confluye lo enunciado y lo impuesto. Lo que es enunciado incluye lo que el sujeto pone, pero hay algo que la realidad le impone al sujeto; por eso no puede construir cualquier hecho. Hablando metafóricamente, la realidad no se deja cortar de cualquier forma, aunque admita una enorme diversidad de recortes (Olivé, 1999: 162).

Así, es posible defender que puede haber distintas maneras correctas de entender o conceptualizar la enfermedad en diferentes épocas o culturas, que estas diferentes maneras responden a marcos conceptuales diferentes, pero que cuando estas diversas maneras de entenderla son correctas, deben tener un acceso a la realidad, deben capturar una porción de la realidad (la enfermedad) aunque sus representaciones sean divergentes.

CONCLUSIÓN

El concepto biomédico puede considerarse el concepto más fundamental. Gracias al enfoque multinivel de Boorse es posible comprender de qué manera algunos de los otros conceptos se pueden articular en torno al biomédico.

Un enfoque pluralista respecto de la enfermedad, como el desarrollado en este trabajo a partir de las ideas de Olivé, nos ofrece las ventajas tanto del realismo como del constructivismo. Es decir, es posible considerar que hay más de una forma correcta de acceder a la realidad, pero que no cualquier forma es válida, que algunas formas no son aceptables.

La representación biomédica es prioritaria, pero las demás pueden tener un contexto de aplicación: la biopsicosocial, en la clínica, por ejemplo. Pero no así la representación mágica-religiosa del sida que culpabiliza a los pacientes. Dicho de otra manera: puede haber más de una representación correcta de la enfermedad, de acuerdo con los contextos, pero no cualquier representación de la enfermedad es correcta.

Así mismo, se puede ver que la concepción biopsicosocial de la enfermedad puede convivir con la concepción biomédica, a pesar de ser diferente de ésta, pues no resulta perjudicial para los pacientes y no se opone a la concepción biomédica.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se ha llegado al finalizar este trabajo son las siguientes.

Prioridad del concepto biomédico

Consideramos el concepto biomédico como el sentido más fundamental de la enfermedad. Además de los argumentos de Boorse para considerar más fundamental el concepto teórico podríamos considerar los siguientes: 1) Los hechos que podemos descubrir mediante el empleo del concepto biomédico y los hechos a los que se da sentido. 2) El concepto biomédico nos permite criticar la tendencia actual de las pseudoenfermedades que busca medicalizar muchos aspectos de la vida cotidiana sin tener razones suficientes para ello.

Recordemos que el concepto biomédico, a diferencia del anterior sí somete a prueba sus ideas. El concepto de enfermedad es la definición básica de la disciplina, pero no por ello carece de apoyo empírico o se asume de manera acrítica. Tal como lo dice Pérez Tamayo:

De esta manera quedó establecido el concepto moderno de la enfermedad. **Fue primero como una hipótesis y hasta el día de hoy sigue siendo una hipótesis.** Desde mediados del siglo XIX hasta el momento actual se han acumulado hechos sobre hechos para confirmar y ampliar este concepto. No obstante, estas generalizaciones absolutas requieren un permanente análisis crítico. Es en la naturaleza de las hipótesis que miden su utilidad por el número de datos que ayudan a descubrir y por el grado de significación que imparten a los hechos. (Pérez Tamayo, 1985: 649, negritas mías).

A pesar de esto, no carece de contenido empírico. Hay un aspecto del concepto de enfermedad en que se puede apreciar lo que Fleck llama conexiones activas y otro dónde se ven las conexiones pasivas, por seguir usando los términos del mismo autor. La conexión activa es la hipótesis que empleamos, la manera como definimos la enfermedad. Las conexiones pasivas son los hechos que descubrimos mediante dicha hipótesis y los hechos a los que damos sentido mediante ella, así como las consecuencias de la definición que hemos adoptado

Una idea importante que hay que decir es que el concepto biomédico incluye en realidad varios conceptos con gran parecido.

El concepto biomédico estricto: “de nosología precisa y rigurosa (con reminiscencias ontológicas) que ignora o minimiza los juicios de valor y los aspectos normativos de la enfermedad” (Pérez Tamayo, 1988: 243).

El concepto biomédico no estricto. Este concepto ha sido formulado por autores como Pérez Tamayo y otros médicos. Considera que el padecimiento es claramente diferente de la enfermedad y que ésta es fundamentalmente una disfunción biológica. Sin

embargo, cuando formulan los objetivos de la medicina aparecen características claramente humanistas que lo acercan al concepto biopsicosocial. Tal como se recordará, al inicio del capítulo segundo se dijo que los objetivos de la medicina eran tres. Los que repetimos abajo:

1. evitar que la gente *enferme*
2. *curar* (o aliviar, o hasta consolar y apoyar, cuando no se puede otra cosa) a los enfermos¹⁰⁰
3. impedir las muertes evitables y prematuras (Pérez Tamayo, 2000: 88, cursivas mías).

El objetivo primero es claramente biomédico, pero el segundo y el tercero implican un fuerte componente de humanismo. Aliviar, consolar y ayudar a la gente, no es un concepto que pueda reducirse al mero nivel biológico de la medicina, al menos no en el sentido tradicional de biología. Por otro lado, en el punto tres, el concepto de “muerte evitable y prematura”, implica ya una contextualización histórica y social, de desarrollo tecnológico, dentro del cual una muerte es evitable (evitable de acuerdo con determinada tecnología médica) y prematura, lo que trasciende el concepto biomédico que arriba llamamos concepto biomédico estricto.

El concepto bioestadístico de Boorse. Como se vio en el capítulo tercero, la formulación bioestadística del concepto biomédico es una de las posibilidades de entender el concepto biomédico. La exposición detallada de este concepto se encuentra en ese

¹⁰⁰ Como se puede ver, si entendemos de esta manera los objetivos de la práctica médica, muchas de las críticas dirigidas al concepto biomédico por supuesta deshumanización carecerían de sentido, pues uno de los objetivos de la medicina sería “aliviar, o hasta consolar y apoyar, cuando no se puede otra cosa”, lo que nos indica claramente que este concepto no es deshumanizado.

capítulo. Aquí solo repetiremos: “Una *enfermedad* es un tipo de estado interno que disminuye la salud, es decir, que reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica. (Boorse, 1977: 555). Con lo que las nociones de función biológica y de eficiencia típica adquieren una enorme importancia para comprender la distinción entre lo normal y lo patológico.

Defensa del concepto biomédico

Muchos de los ataques al concepto biomédico no se dirigen como tal al concepto biomédico sino a una atmósfera cultural de la que el concepto biomédico sólo es un elemento. Mucho se ha acusado al concepto biomédico de ser el causante de un reduccionismo del paciente a lo biológico, de una falta de empatía con el paciente. Como parte de mi trabajo de campo tuve la oportunidad de conocer algunas prácticas médicas no ortodoxas, y en muchos de éstas encontré los mismos problemas que se achacan al concepto biomédico: la burocratización, el reduccionismo causal, la indiferencia y la falta de empatía, tanto en sus manuales como en su terapéutica.

La falta de escucha del paciente y la mayoría de estos problemas no son ocasionados por el concepto biomédico sino que son elementos de nuestra cultura que permea la práctica médica y que se origina en el individualismo de nuestra época, pero del que no es responsable el concepto biomédico sino una más de sus víctimas. Esos elementos son casi ubicuos y pueden reconocerse en otros aspectos de nuestra sociedad. Las personas se encuentran aisladas, padeciendo una terrible soledad y falta de escucha que termina reproduciéndose en algunos consultorios, tanto biomédicos como no ortodoxos.

A diferencia de lo que pasaba antaño, en una sociedad menos individualista, donde

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella. La medicina era más sencilla, los recursos del médico para atender al enfermo estaban más en sus capacidades personales, en su relación con el enfermo, que en los recursos externos, como los implementos de tecnología para el diagnóstico, las medicinas más eficaces y otros procedimientos de tratamiento que la ciencia y la tecnología modernas han puesto en manos del médico para atender a los enfermos” (Rivero Serrano, 2000: 35).

El consumismo y la burocratización son elementos de nuestra cultura que afectan la medicina hegemónica sin ser causados por ella.

Pluralismo

Respecto del problema de la existencia de conceptos divergentes de la enfermedad deseamos evitar una posición relativista, que afirmaría que cualquier concepto de la enfermedad es aceptable, pues este tipo de respuesta más que clarificar el problema solo consigue oscurecerlo más, deja la pregunta ¿Qué es la enfermedad? sin respuesta.

Para esta concepción relativista de la enfermedad, cualquier representación de ésta sería correcta. No hay criterios que nos permitan distinguir entre una representación que captura el mundo y una que simplemente es una representación ideológica. Cualquier representación de la enfermedad: biomédica, mágico religiosa, homeopática, biopsicosocial o bioestadística es igualmente válida

Consideramos que una posición que pueda rescatar nuestras intuiciones realistas, de acuerdo a las cuales la enfermedad no es meramente inventada o arbitraria, sino que se reconoce que en efecto se trata de un aporte del mundo real, y por el otro, se admite que los conceptos sirven a propósitos determinados y que la diversidad de propósitos puede permitir y requerir el empleo de distintos conceptos en contextos diferentes.

Nos parece que una posición de tipo pluralista es capaz de satisfacer ambos requerimientos, es decir, permitirá rechazar varios conceptos como inadecuados cuando no hay suficientes razones a favor de ellos, pero que al mismo tiempo puede permitir que en ciertas circunstancias, por ejemplo, en un contexto meramente clínico, se emplee el concepto biopsicosocial.

Para el pluralismo, puede haber varias representaciones correctas de la realidad, pero no cualquier representación es correcta. El pluralismo reúne lo mejor de las intuiciones realistas con lo mejor de las ideas constructivistas, pues al mismo tiempo que puede dar cuenta de los condicionamientos sociales e históricos de la ciencia, es capaz de explicar las ideas realistas según la cual no todo es correcto y algunas representaciones están equivocadas. Nos permite distinguir entre una idea correcta y una mera representación ideológica de la realidad.

Lo que afirmaríamos una posición pluralista en filosofía de la medicina es que: la representación biomédica es prioritaria, pero las demás pueden tener un contexto de aplicación: la biopsicosocial, en la clínica, por ejemplo. Pero no así la representación mágica-religiosa del sida que culpabiliza a los pacientes. Dicho de otra manera: puede haber más de una representación correcta de la enfermedad, de acuerdo con los contextos, pero no cualquier representación de la enfermedad es correcta.

IBLIOGRAFÍA

- Ackercknecht, E., 1968, *A short history of medicine*, edición revisada, Baltimore y Londres, John Hopkins University Press, 1992.
- 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.
- Bandura, 1969, tr. Julián Almaraz, *Principios de Modificación de la conducta*, Salamanca, Ed. Sígueme, 1983.
- Bernard, C., 1865, trad. Antonio Espina y Capo, *Introducción al estudio de la medicina experimental*, Madrid, Crítica- Fundación Iberdrola, 2005.
- Berrios, 1996, trad. Laura de los Ángeles Díaz Rodríguez, revisión técnica de Héctor Pérez-Rincón, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, España, FCE, 2008.
- Bichat, F. X., 1801, *Anatomía general aplicada á la fisiología y á la medicina*, trad. Ramón Truxillo, Madrid, imprenta de la hija de Ibarra, 1807.
- Boorse, C., “On the Distinction between Disease and Illness” en *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 5, Núm. 1, Otoño de 1975, Princeton University Press, pp. 49-68.
- 1977, “Health as a theoretical concept”, en *Philosophy of Science*, Vol. 44, Núm. 4 dic. 1977, The University of Chicago Press, pp. 542-573.

- Boyd, R. 1992. "Constructivism, realism and philosophical method", en J. Earman (ed.). *Inference, Explanation and other Frustrations*. Berkeley, University of California Press, pp. 131-198.
- Bunge, M., 1985, *Racionalidad y realismo*, Madrid, Alianza.
- Camarena Palacios Macedo, P., 2009, *Pluralismo terapéutico: hacia la construcción de una diversidad regulada. Tesis de Maestría* (Maestría en Filosofía de la Ciencia), UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, México.
- Canguilhem, G., 1943, "Ensayo acerca de algunos problemas relativos a lo normal y lo patológico", en Canguilhem, 1966.
- 1966, *Lo normal y lo patológico*, quinta edición, traducción de Ricardo Potschart, México, Siglo XXI editores, 1983.
- 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).
- Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2007, *Manual para la prevención del vih/sida en migrantes mexicanos a Estados Unidos*, México, Secretaría de Salud-CENSIDA. Disponible también en la dirección electrónica: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/manualmigracion.pdf>
- Conrad, 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

- Crowley, L. V., 1991, trad. Hermelinda Acuña Díaz, *Introducción a las enfermedades del hombre*, Editorial El Manual Moderno, México.
- Cruz Martínez, A., “La batalla de sobrevivir entre la pobreza, el VIH y la segregación”, en Periódico *La Jornada*, sección Política, México, D.F., miércoles 17 de junio de 2009, p. 19., (también disponible en la dirección electrónica: <http://www.jornada.unam.mx/2009/06/17/politica/016n1pol>).
- Cummins, 1972, “Funtional Analysis” en *Journal of Philosophy*, núm 72, pp. 741- 765.
- D’Amico, R., 1995, “Is disease a natural kind?” En *The Journal of Medicine and Philosophy. A forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, vol. 20, núm. 5, octubre 1995.
- Eagleton, 1995, trad., Jorge Vigil, *Ideología. Una introducción*, Barcelona, Paidós.
- Enciclopedia Stanford de Filosofía, disponible en la página electrónica: <http://plato.stanford.edu/entries/relativism/>
- Engel, G., 1979, “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, reproducido en Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., 1981, (ed.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Addison-Wesley Publishing Company.
- 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).
- Fleck, L., 1935, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo del pensamiento y del colectivo del pensamiento*, versión de Luis Meana, Madrid, Alianza, 1986.

- Foucault, M., 1953, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, vigésima edición, trad. Francisca Perujo, México, Siglo XXI editores, 2001.
- Giroux, E., 2010, trad. De José V. Bonilla, *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*, Bogotá, Universidad Externado, Ambassade de France en Colombie, Universidad del Bosque, Universidad del Valle, 2011.
- González Crussí, F., 2011, “Nuevo elogio de la calvicie” en *Letras Libres*, Febrero 2011, México, p. 28-34.
- Gordon, J. S., 1996, *Manifiesto para una nueva medicina. Una guía de la colaboración terapéutica y la sabia utilización de las terapias alternativas*, trad. Sara Alonso, Barcelona, Piados, 1997.
- Grmek, M., 1989, *Historia del sida*, trad. Stella Mastrangelo, México, siglo XXI editores, 1992.
- Hacking, I., 1983, trad. Sergio Martínez, *Representar e intervenir*, México, Paidós-UNAM, 1996.
- 1999, *¿La construcción social de qué?* Trad. de Jesús Sánchez Navarro, Barcelona, Paidós, 2001.
- Hahnemann, S., 1810, *El Organón de la Medicina*, comentarios y revisión de la traducción por David Flores Toledo, Instituto Politécnico Nacional, 2001.
- Hipócrates, *Tratados médicos. Tomo I*, trad. Carlos García Gual, Madrid, Gredos, 1983.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “Nutrición y obesidad”, en la página electrónica: <http://www.imss.gob.mx/salud/Nutricion/>, última fecha de revisión: 5 de agosto de 2009.

- Jara, Miguel, 2007, *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*, España, Icaria Editorial.
- Kitcher, P., 1996, *Las vidas por venir. La revolución genética y sus posibilidades para los seres humanos*, trad. Pilar Mascaró, México, UNAM, 2002.
- Kuhn, 1990, "The road since *Structure*", PSA 1990, vol, 1991, pp 3-13.
- Laín Entralgo, P., 1950, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Salvat, 1961.
- Latour, B., y Woolgar, S., 1986, *Laboratory life: the construction of scientific facts*, Princenton, Nueva Jersey, Princeton University Press.
- 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.
- Latour, B., 1987, *Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*, trad. Eduardo Aibar, Barcelona, Labor, 1992.
- Le Blanc, G., 1998, *Canguilhem y las normas*, trad. de Elena Marengo, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 2004.
- Levy, J. A., 2007, *El VIH y la patogénesis del SIDA*, INER-FCE, varios traductores, México, 2008.
- López Piñero, J. M. 2000, *Breve historia de la medicina*, Madrid, Alianza Editorial.
- Marcum, J., 2008, *An Introductory Philosophy of Medicine. Humanizing Modern Medicine*, EUA, Springer.

Martínez Cortés, F., 1979, *Consulta médica y entrevista clínica*, México, editorial Medicina del hombre en su totalidad.

--1983, *Enfermedad y padecer*, México, editorial Medicina del Hombre en su Totalidad.

--1991, *El médico, el enfermo y su enfermedad*, México.

--2001, "La medicina y los médicos frente al siglo XXI", en Rodríguez de Romo, A. y Martínez Barbosa, X., (ed.), *Estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones*, México, UNAM.

--2003, *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*, 2da edición, México, UNAM-Manual Moderno.

--2010, *Médico de personas: Las ciencias humanas en la práctica médica*, México, UMSNH, Coordinación de Investigación Científica UNAM e Instituto de Investigaciones Históricas UNAM.

Millikan, 1984, *Languaje Thought and Biological Categories*, Cambridge, Mass, MIT Press.

Olivé, L. (1996), *Razón y sociedad*, México, Fontamara.

---1998, "Thomas S. Kuhn y el estudio de la ciencia" en *Ciencias. Revista de Difusión*, Facultad de ciencias UNAM, núm. 50, abril-junio 1998, pp. 10-18. Olivé,

---2007, *La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento. Ética, política y epistemología*, México, FCE.

---2012, *Multiculturalismo y pluralismo*, (2ª, ed.) México, UNAM.

Ortiz Quesada, F., 2004, *Principia Medica. La Medicina y el hombre*, México, editores de textos médicos.

- Otero, M. H., 1995, “La racionalidad disuelta en la explicación sociológica del conocimiento: de Fleck a Latour” en León Olivé (editor), *Racionalidad epistémica. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía, Vol. IX.*, Madrid, Trota, 1995, pp. 245-265.
- Pérez Ransanz, A. R., 1999, *Kuhn y el cambio científico*, 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., 1970, “El concepto actual de enfermedad” en Correa, P., Arias-Stella, J., Pérez Tamayo, R., Carbonell, L., 1970, *Texto de patología*, La prensa médica Mexicana, Mexico, segunda edición, 1975,
- 1982, *Tríptico*, México, El Colegio Nacional.
- 1985, trad. Irma Lorenzo, *Introducción a la patología. Mecanismos de la enfermedad*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1987.
- 1988, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomos I y II*. México, FCE.
- 1997, *De la magia primitiva a la medicina moderna*, reimpresso en Pérez Tamayo 2005, *Obras completas. Tomo 19. Textos generales sobre medicina*, México, El Colegio Nacional.
- 2000, *Microbios y enfermedades*, México, FCE, col. La ciencia para todos, núm. 169.
- Pérez Tamayo, R. y Kretschmer, R., 2000, “La estructura de la práctica médica actual”, en Rivero Serrano, O., y Tanimoto, M., (coordinadores), *El ejercicio actual de la medicina*, México, siglo XXI editores-UNAM.

- Porter, R., 2002, *Breve historia de la locura*, México-Madrid, FCE-Turner.
- Putnam, H., (1983), *Razón, verdad e historia*, trd. José Miguel Esteban, Madrid, Tecnos, 1988.
- 1987, *Las mil caras del realismo*, trad. Margarita Valdés Campos, Barcelona, Paidós, 1994.
- Quintanilla, M. A., 1994, "Introducción" en Putnam, H., 1987.
- Rivero Serrano, O., 2000, "La relación médico-paciente en la actualidad", en Rivero Serrano, O., y Tanimoto, M., (coordinadores), *El ejercicio actual de la medicina*, México, siglo XXI editores-UNAM.
- Rodríguez, M., 2011, *Historia de la salud. Relatos sobre el cuerpo, la medicina y la enfermedad en la sociedad occidental*, Buenos Aires, Capital Intelectual.
- Roth, M., y Kroll, J. 1986, *The reality of mental illness*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Russell, B., 1912, *Los problemas de la filosofía*, trad. J. Xirau, Barcelona, Labor.
- Sánchez González, M. A., 1998, *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*, Barcelona, Masson.
- Sandoz, T., 2005, trad. Javier Enríquez Brito, *Historias paralelas de la medicina. De las flores de Bach a la osteopatía*, México, FCE, 2010.
- Smith, R., 2002, "In search of 'non-disease' ", en *British Medical Journal*, volumen 324, 13 de abril de 2002, p. 883 - 885.
- Strawson, 1959, trad. de A. García Suárez y L. M. Valdés Villanueva, *Individuos. Ensayo de metafísica descriptiva*, Madrid, Taurus, 1989.

- Sontag, S., 1977, *La enfermedad y sus metáforas*, trad. Mario Muchnik, Barcelona, Debolsillo, 2008.
- 1988, *El sida y sus metáforas*, en Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas*, trad. Mario Muchnik, Barcelona, Debolsillo, 2008.
- Vigarelo, 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.
- Villoro, L., 1985, *El concepto de ideología y otros ensayos*, 2a edición, México, FCE, 2007.
- Walker, J. C., 1965, *Patología vegetal*, trad. De Antonio Aguirre Azpeitia, Ediciones Omega, Barcelona.
- Wright, 1972, "Funtions" en *Philosophical Review*, núm 82, 1973, pp 139- 168.
- Wulff, H. R., Pedersen S. A., Rosenberg R., 1986, *Introducción a la filosofía de la medicina*, trad. Assumpta Mauri, Madrid, Triacastela, 2002.