

El auge de las enfermedades imaginarias

J. Gérvas y M. Pérez-Fernández

Equipo CESCA. Madrid. España.

En inglés, el término “enfermedad imaginaria” corresponde a *non-disease*, de difícil traducción. Hay quien prefiere “no enfermedad”, en su traducción literal, quien “falsa enfermedad”, y quien “enfermedad ausente”. Los firmantes preferimos ser fieles a una tradición literaria centenaria que ha consagrado el término, fácilmente entendible, de “enfermedad imaginaria”.

Es imaginario lo que sólo existe en la imaginación, y en medicina suele asociarse dicho término al del enfermo (“enfermo imaginario”), generalmente hipocondríaco, que llena sus días de falsas enfermedades, como bien retrató Molière en la obra homónima, del siglo XVII. En el siglo XXI, este enfermo no “nace”, sino que generalmente se “hace”. En ese “hacer” colaboramos eficientemente los médicos, de forma que lo que era cuestión anecdótica y caso que llamaba la atención se ha transformado en la norma, y en algo consustancial con nuestra sociedad, que sufre epidemias de enfermedades imaginarias. La cuestión es grave, pues detrás de la enfermedad imaginaria hay intervenciones muy reales, como técnicas diagnósticas y terapéuticas, y seguimiento de por vida, a veces. Tan grave es la cuestión que puede llevar a la muerte, como ilustra un caso real de hipersensibilidad al alopurinol, en un paciente con hiperuricemia asintomática¹. El paciente fue tratado innecesariamente, pues la hiperuricemia ni es una enfermedad ni un factor de riesgo para ninguna enfermedad (ni para la gota ni para la enfermedad coronaria), ni debería tratarse nunca. De hecho, es una antigua enfermedad imaginaria, incluida entre las que provocan los resultados “anormales” de las pruebas complementarias, según la clasificación de Hart².

La cuestión de fondo no es el innecesario tratamiento “preventivo” de la hiperuricemia, sino la innecesaria solicitud de pruebas analíticas, que muchas veces van más allá de lo justificable según la clínica. Puede ser un análisis típicamente innecesario, como el de los “chequeos” (tipo revisión anual de los trabajadores), o la solicitud de una prueba más, aprovechando la extracción de sangre (“ya que...”). A este

respecto, los médicos españoles se comportan liberalmente³, por lo que es esperable un gran número de cascadas diagnósticas y terapéuticas, de final incierto, incluso de muerte, como bien ilustra el caso comentado de la hiperuricemia^{1,4}. No es extraño que el sistema sanitario se vea como un agente patógeno, que preocupa no sólo por los problemas de salud pública que provoca (morbilidad y mortalidad), sino también por una cuestión de derechos humanos, de defensa del individuo frente a la actividad sanitaria. Y ello tanto por los autores clásicos, como Illich, McCormick, McKeown y Skrabanek, entre otros, como por los modernos, harto preocupados por la seguridad del paciente y por los errores médicos^{5,6}.

De la razón de consulta al problema atendido. De lo virtual a lo real, pasando por lo imaginario

La razón de consulta se define como el enunciado, expresado y aceptado por el paciente, del motivo por el que acude al sistema sanitario; es expresión, pues, de la demanda de cuidados del paciente⁷. La razón de consulta la define el paciente. Por el contrario, el problema de salud lo define el médico, y es cualquier desviación de la normalidad que ha afectado, afecta o puede afectar la capacidad funcional del paciente⁷.

Los pacientes pueden tener una enfermedad virtual, en el sentido de contrario a *real*, de situación transitoria y aparente, que voluntariamente simula una enfermedad. Un ejemplo es el del “ciego virtual”, persona a la que se le tapan los ojos durante un cierto tiempo, para simular (y hacer consciente de) lo que es ser ciego. El paciente puede tener por razón de consulta una enfermedad virtual, bien para obtener un beneficio y engañar, bien por otras razones personales, sociales o políticas, y en todos los casos es consciente de la situación, de su virtualidad. Sirva de ejemplo la enfermedad virtual que “presenta” el actor que acude como paciente simulado, para evaluar la atención, por ejemplo.

Situación distinta es la del paciente que acude por una enfermedad imaginaria, pues cree ser un enfermo. Su razón de consulta le convierte en un enfermo real, en oposición al enfermo virtual. Por supuesto, su enfermedad es tan imaginaria como la hiperuricemia del caso comentado, pero la vivencia de la enfermedad es cierta. El enfermo es real, aunque la enfermedad no exista, aunque sólo sea una ficción, una más de las muchas que los médicos han creado a lo largo de los últimos años, como la hipertensión, la dislipemia, el cólico del lactante, el síndrome metabólico, la diabetes gestacional, la osteoporosis, la escoliosis, el trastorno adaptativo, el colon irritable y demás. La enfermedad es real en cuanto que el paciente sufre, se preocupa, ve limitada su capacidad funcional y adopta el papel de “enfermo”, lo que le lleva a cumplir las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de los médicos, incluyendo citas y recitas, de forma que su vida gira en torno a la enfermedad imaginaria. A veces, además, la enfermedad imaginaria es la expresión de otros problemas subyacentes, que pueden ser graves (p. ej., la típica lumbalgia inespecífica que coincide con el desempleo y dificultades económicas).

El problema de salud lo definen de forma distinta los médicos. La inmensa mayoría, que cree en las enfermedades imaginarias, clasifica a los pacientes imaginarios como enfermos reales, y anota en la lista de problemas, como si fueran reales, diagnósticos como “menopausia”, “canal lumbar estrecho”, “adherencias prepuciales”, “disfunción eréctil”, “episodio depresivo”, entre otros. Naturalmente, la etiqueta correspondiente se sigue del proceso diagnóstico y terapéutico que la justifica. Por el contrario, unos pocos médicos, los que no creen en las enfermedades imaginarias, clasifican a los enfermos imaginarios como tales, y anotan como problemas en la lista correspondiente “preocupación excesiva por el colesterol”, “le han convencido de que tiene hipertensión”, “cree tener problemas con las cervicales”, “le han diagnosticado *escoliosis*”, y demás. Tras esta anotación se realiza la prevención cuaternaria, para lograr que la actividad del sistema sanitario no produzca daños innecesarios, para evitar las cascadas diagnósticas y terapéuticas de evolución incierta^{4,8}.

Pero de lo imaginario a lo real hay un tenue halo. El paciente imaginario sufre y padece su enfermedad, por falsa que sea. Si la prevención cuaternaria fracasa y si el paciente se encuentra mal, si cree que su estado de salud es malo, tiene muchas más probabilidades de morir que si se encuentra bien, aunque una exploración y una consulta médica aclare que no tiene “nada”⁹. Este impacto en la vida del paciente debería pesar en los médicos que tan “generosamente” amplían los límites de lo anormal, bien en lo psíquico (cada vez hay más depresivos que no lo son, por ejemplo), bien en lo físico (los límites de la hipertensión y de la diabetes empiezan a englobar hasta el 90% de la población, y el enanismo es ahora una plaga). Es decir, no es que la hipertensión nunca exista, es que es un simple factor de riesgo cuyo segui-

miento sólo se justifica a partir de unas cifras que hoy están muy por encima de las recomendadas por expertos, guías y consensos. En otro ejemplo, no es que algún niño no tenga escoliosis, sino que la mayoría de las escoliosis diagnosticadas en el inútil examen escolar son falsas (de ahí lo de *escoliosis*).

Por todo ello, el paciente imaginario se convierte en real, y afronta los efectos adversos, las complicaciones y los errores que conlleva la etiqueta que se le asigna, así como las cascadas diagnósticas y terapéuticas consecuentes⁴.

Cuando la medicina reemplaza a la religión, los pecados se transforman en factores de riesgo y en enfermedades imaginarias, y los horrores de la Inquisición los provocan los procesos diagnósticos y terapéuticos consecuentes

La salud y la enfermedad son difíciles de definir, por más que sean fáciles de vivir. Así, las personas sanas son como las personas felices, que en muchos casos lo ignoran. Sin embargo, en la historia se demuestra la manipulación del concepto de salud, por el afán de controlar la sociedad a través de la enfermedad imaginaria y del pecado, como bien enseña la vieja atribución por la Iglesia de la ceguera y el “reblandecimiento medular” a la masturbación masculina, y la atribución del enfermar al pecado (“¿quién pecó, él o su padre?” preguntan en la Biblia ante la enfermedad). La religión entendida como forma de control social llevó a hacer cierto lo de “la religión es el opio del pueblo”, y se aplicaban los rigores de la Inquisición cuando la dosis de “opio” no producía el efecto deseado.

En el siglo XXI, en los países desarrollados europeos, la religión ha perdido importancia y se sustituye por el culto al cuerpo, por la búsqueda de la salud perfecta¹⁰. El culto de la salud es una ideología poderosa que en nuestras sociedades occidentales, modernas y laicas (con la notable excepción de la estadounidense), ha llenado el vacío dejado por la religión. Ya no hay pecados, sino factores de riesgo y enfermedades imaginarias. Los nuevos sacerdotes son los médicos, los expertos capaces de decidir qué es bueno y conveniente, los que pueden definir lo que es salud y enfermedad, los que pueden recomendar pruebas diagnósticas y terapéuticas que eviten o reparen la enfermedad. Los médicos emplean criterios morales para justificar, por ejemplo, el aumento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco (y llegan a pedir “la ilegalización del tabaco” y pronto “la ley seca”). Ante un infarto de miocardio, lo habitual es preguntar por los factores de riesgo, por el tabaquismo, la obesidad, la dislipemia, el sedentarismo, la realización de “chequeos” previos, por mucho que seamos unos ignorantes respecto a su etiología y su patogenia. De poco ha servido para disminuir nuestra soberbia, por ejemplo, el cambio radical en lo que se refiere a la úlcera gastroduodenal, que ha devenido en infección después de más de un siglo de enfermedad psicósomática.

Los dogmas religiosos se substituyen por los dogmas médicos, tipo: “hay que ir a la playa antes de mediodía, y no estar expuesto más de 2 h al sol”, o “la disminución de la potencia sexual es una enfermedad”, o “en el embarazo normal lo mínimo son 3 ecografías”. Todo ello provoca patología y sufrimiento. Por ejemplo, el cribado del cáncer de próstata, sin fundamento científico, con la determinación del antígeno prostático específico y el tacto rectal, conlleva miles de biopsias y prostatectomías innecesarias, con las consecuentes septicemias, impotencias, incontinencias urinarias y muertes. Tal parece que los rigores de la Inquisición los aplicasen ahora los médicos, más intensamente a los más inocentes, o a los más creyentes en la religión de la salud.

Para mantenerse sano lo mejor es no ver al médico, o verlo sólo en caso de extrema necesidad

Las expectativas de la sociedad coinciden con el abuso del poder médico de definir salud y enfermedad, y ello permite la disminución sin límites de lo que se considera normal. Cada vez es más difícil ser “normal”, como hemos señalado más arriba; es casi imposible no dar algún positivo en las revisiones y exámenes médicos. De hecho, hemos definido¹¹:

1. Sano, por serlo, y sobre todo por ausencia de contacto con el sistema sanitario.
2. Sano preocupado, por los factores de riesgo, las enfermedades imaginarias, y la probabilidad de enfermar.
3. Sano estigmatizado, marcado o etiquetado con algún factor de riesgo, alguna enfermedad imaginaria, lo que le hace entrar en el circuito de los cuidados sanitarios.
4. Enfermo real o imaginario, que sufre por la enfermedad y/o al aceptar su papel de enfermo, lo que disminuye su capacidad funcional y su calidad de vida.

Estas cuestiones no son problemas retóricos, como bien demuestra el caso comentado, de muerte por hipersensibilidad al alopurinol. Y no se trata de una anécdota, o caso infrecuente, como demuestra la clasificación de la insuficiencia cardíaca, síndrome que ahora se define en 4 niveles:

A. Pacientes con alta probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca debida a la presencia de factores de riesgo. En estos pacientes no se identifica cardiopatía estructural ninguna, y nunca han presentado signos o síntomas de insuficiencia cardíaca.

B. Pacientes con modificaciones estructurales cardíacas relacionadas con el desarrollo de insuficiencia cardíaca, pero que nunca han presentado signos o síntomas de ésta.

C. Pacientes que han presentado o presentan signos o síntomas de insuficiencia cardíaca asociados con cardiopatía estructural.

D. Pacientes con cardiopatía estructural avanzada con síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo a pesar del tratamiento médico máximo, y que requieren intervenciones especiales.

Esta clasificación convierte en pacientes con “insuficiencia cardíaca”, por ejemplo, a cualquier obeso que tome contacto con un médico que la conozca. El paciente no tiene insuficiencia cardíaca y probablemente nunca la tenga, pero será etiquetado como “paciente con insuficiencia cardíaca tipo A”, lo que dará lugar a toda una batería diagnóstica y terapéutica peligrosa, por innecesaria. Naturalmente, esta clasificación se vuelve inútil cuando se trata de medir la calidad clínica, pues entonces se requiere valorar el tratamiento de los “verdaderos” pacientes con insuficiencia cardíaca¹².

Con clasificaciones del estilo de la insuficiencia cardíaca, cualquier persona podrá ser etiquetada como “muerto tipo A” (el que todavía está vivo), a la espera de pasar a “tipo B” (el que ya se ha muerto) y, desde luego, para estar sano lo mejor es reducir el contacto con el sistema sanitario al mínimo, a lo estrictamente necesario.

Nota

Este texto incluye ideas del libro *Reivindicación de una medicina clínica cercana, científica y humana*, que están escribiendo los autores.

Bibliografía

1. Gutiérrez-Macias A, Lizarralde-Palacios E, Martínez-Odrizola P, Miguel de la Villa F. Fatal allopurinol hypersensitivity syndrome after treatment of asymptomatic hyperuricaemia. *BMJ*. 2005;331:623-4.
2. Hart FD. The importance of non disease. *Practitioner*. 1973;211:193-6.
3. Ripoll MA, Alda C, Pérez Fernández M, Gérvás J. Estudio de la demanda de pruebas de laboratorio en atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:73-8.
4. Pérez Fernández M, Gérvás J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:65-7.
5. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ*. 2004;170:1688-9.
6. Segura A. Salud y sociedad. El papel de la medicina y la salud pública. Por un nuevo contrato en el Sistema Social de Salud. Madrid, 27 de octubre de 2004 [citado 21 de septiembre de 2005]. Disponible en www.sanidad.ccoo.es/foro/index.asp?confe=0.
7. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. 2ª Versión. Barcelona: Masson; 1999.
8. Gérvás J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003;32:156-63.
9. Ilder L, Benyamini Y. Self-rated health and mortality. A review of twenty seven community studies. *J Health Social Behaviour*. 1997;38:21-37.
10. Illich I. La obsesión por la salud perfecta. *Le Monde Diplomatique*. 1999;41(marzo):21.
11. Gérvás J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. En prensa 2006.
12. Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Performance Measures. ACC/AHA clinical performance measures for adults with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:1144-78.