



Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Rodríguez Olalla, Jesús; Ruiz Rodríguez, Álvaro; Pérez Méndez, José Luis; López Alanís, María del  
Carmen; Moya Corral, Pilar; Cano Valero, Mercedes

EL DESEO Y EL PODER: PROBLEMAS DEL DISCURSO DE LA MEDICINA BASADA EN LA  
EVIDENCIA APLICADO A SALUD MENTAL.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 32, núm. 114, 2012, pp. 305-320  
Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024499007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental.

Desire and power: problems of evidence-based medicine discourse applied in mental health.

Jesús Rodríguez Olalla <sup>a</sup>, Álvaro Ruiz Rodríguez <sup>b</sup>, José Luis Pérez Méndez <sup>c</sup>, María del Carmen López Alanís <sup>d</sup>, Pilar Moya Corral <sup>e</sup>, Mercedes Cano Valero <sup>f</sup>.

<sup>a</sup>Psicólogo Interno Residente, H. U. Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>b</sup>Psicólogo Interno Residente, H. U. Príncipe de Asturias, Madrid, España. <sup>c</sup>Psicólogo Interno Residente, H. U. Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>d</sup>Médico Interno Residente, H. U. Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>e</sup>Especialista en Psiquiatría, H. U. Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>f</sup>Enfermera Especialista en Salud Mental, H. U. Puerta del Mar, Cádiz, España.

Correspondencia: Jesús Rodríguez Olalla (chuso84@hotmail.com)

Recibido: 20/07/2011; aceptado: 03/10/2011

**RESUMEN:** En este trabajo analizamos las variables de deseo y de poder que están presentes en todos los discursos y, en particular, que atraviesan al discurso de la Medicina Basada en la Evidencia en su aplicación dentro del ámbito de la salud mental, por lo que la introducción nos servirá de marco definitorio de dichas variables. Seguidamente partiremos de las dificultades que la adopción del enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia encuentra dentro de la práctica clínica de la salud mental y que nos hacen dudar de su condición de nuevo paradigma científico. Con el fin de comprender cómo la Medicina Basada en la Evidencia se convierte en un discurso atravesado por el deseo y el poder, examinaremos los elementos retóricos que ayudan a establecer en ciencia la verdad de una proposición cualquiera para, posteriormente, dilucidar de qué forma se adquieren y actúan en el discurso científico el deseo y el poder. Para finalizar abordaremos brevemente las implicaciones éticas y las consecuencias epistemológicas que conllevan el conocimiento del deseo y el poder en el discurso de la Medicina Basada en la Evidencia.

**PALABRAS CLAVE:** Filosofía, Conocimiento, Medicina Basada en la Evidencia, Poder, Líbido.

**ABSTRACT:** In this work we analyze variables of desire and power which are present in all discourses and, in particular, that cross Evidence-Based Medicine discourse in its application inside the field of mental health. Therefore, introduction will serve us as a frame to define those variables. Afterwards we will start from difficulties that the adoption of Evidence-Based Medicine approach finds inside clinical practice of mental health, and how that difficulties make us doubt about its condition as new scientific paradigm. With the purpose of understanding how Evidence-Based Medicine becomes in a discourse crossed by desire and power, we will examine rhetorical elements which help to establish the truth of any proposition in science in order to elucidate, subsequently, how desire and power are acquired and acted in scientific discourse. To conclude we will raise briefly ethical implications and epistemological consequences that are involved by the knowledge of desire and power in Evidence-Based Medicine discourse.

**KEY WORDS:** Philosophy, Knowledge, Evidence-Based Medicine, Power, Libido.

## Introducción

J. Lacan, M. Foucault y otros pensadores afirmaban que el lenguaje preexiste al sujeto, que el sujeto no es la causa del lenguaje, sino su efecto. Ello permite explicar al psicoanálisis los actos fallidos y los lapsus. La idea de que es un lenguaje exterior a nosotros (aunque nos conforma como sujetos) el que habla por nosotros.

Esta idea también permite explicar el poder que guardan las palabras con las cosas, o, mejor dicho, el poder que guardan las palabras con la verdad de las cosas.

Por muy demostrado que esté matemáticamente un paradigma, por muchas replicaciones con el mismo resultado que haya obtenido una teoría, por muchos ríos de evidencia empírica que avalen una determinada práctica, al final todo ha de pasar por el filtro del lenguaje.

A la hora de defenderse, todo paradigma, teoría o práctica acudirá a las armas del lenguaje. Porque toda prueba o argumento es lingüístico, bien sea en su expresión, en su comprensión o en su persuasión.

Esta relación con el lenguaje es la que dota a la verdad de la forma más tradicional que pueda imaginarse: la de palabra. De esa forma de la verdad se han nutrido tanto la Religión como la Filosofía y, desde hace cuatrocientos años, también la Ciencia.

La asociación de toda teoría y práctica con el lenguaje dota a la verdad de la forma de palabra y para sacar esa palabra verdadera necesitamos un discurso (o cientos de ellos). La verdad en forma de palabra convierte a las disciplinas, a los enfoques teóricos y a los paradigmas en discursos.

Discursos que hablan sobre la verdad que los fundamenta y los posibilita, que argumentan constantemente a favor de dicha verdad. Discursos en los que cada uno de ellos se arrostra el lujo de ser él el verdadero y falsos los demás. Es por ello que un discurso trata de fagocitar otros discursos, es por ello que el poder del discurso emerge de la verdad que defiende, puesto que cada uno de ellos afirmará que es su verdad la única auténtica, la más probada, la más validada (1).

Por el poder de la verdad de un determinado discurso, se justificarán otros, cuestión que se desarrollará más adelante en este trabajo. Lo fundamental ahora es el supuesto que proviene del pensamiento de Michel Foucault: Todo discurso siempre estará atravesado por el deseo y por el poder (1).

Se entiende el deseo como la parte más subjetiva de la persona, como el producto final del choque entre nuestros impulsos más biológicos y el lenguaje. Esta concepción del deseo queda bellamente expresada en las palabras de Fernando Colina: “el deseo es el síntoma de la vida” (2).

En relación a los discursos, el deseo va a verse envuelto por las palabras. Los discursos de los que nos adueñamos o bien tratan de hacer transparente el deseo a los demás, o bien tratan de ocultarlo. De las dos maneras, ambos, discurso y deseo, estarán íntimamente relacionados.

El poder es algo más difícil de definir. Pues es entendido a la manera foucaultiana, como una trama en la que estamos inmersos, donde no hay unidireccionalidad, sino que siempre está cambiando de manos por así decir.

El poder se ejerce aunque no se quiera. Esta afirmación queda demostrada a nivel institucional, como se pondrá de relieve en el desarrollo de este estudio en

relación a la posición de control social que los profesionales de salud mental nos vemos en ocasiones obligados a adoptar; pero también esa ejecución no voluntaria del poder se da en el nivel personal (en la familia, en las relaciones interpersonales...). El poder es requisito ineludible para la libertad y para el deseo, pues se necesita poder para desear y poder para llevar a cabo dicho deseo.

En relación a los discursos, éstos tienen un poder intrínseco dado por la circunstancia que ellos mismos explicitan. A saber, que son verdaderos, que ellos manejan la verdad, la única posible y que además esa verdad es incompatible con la verdad que defienden otros discursos.

El poder del discurso aumenta cuanto mayor consenso social haya en dicho discurso. Por tanto, habrá una retroalimentación entre verdad discursiva y consenso social: cuanto más aumente uno de los términos, más aumentará el otro y a la inversa, cuanto más disminuya uno de los términos, más disminuirá el otro. Esta relación es especialmente evidente por ejemplo en el discurso político, donde la verdad (y en consecuencia la entrada en la realidad) de una afirmación, interpretación de los hechos o ley jurídica sólo se adquiere con la conformidad de la mayoría.

Resumiendo, existe una relación histórica e inevitable entre teoría, práctica y lenguaje que otorga a la verdad su forma de palabra. Para afianzar esta verdad y sacarla a la luz, surgen los discursos (científicos, jurídicos, disciplinarios...). La Medicina Basada en la Evidencia se define como un nuevo paradigma. Por tanto, en la primera parte de este trabajo se tratará sobre dicha condición paradigmática. Al definirse como paradigma, la Medicina Basada en la Evidencia defiende una determinada concepción de la verdad. En la segunda parte se tratará el doble filo de esa verdad. Como la Medicina Basada en la Evidencia defiende una concepción de verdad, toma la forma de discurso. De este aspecto se reflexionará en la tercera parte. Finalmente y debido a que todo discurso está atravesado por el deseo y por el poder, es completamente necesaria una visión ética que dé cuenta de estos supuestos. Este trabajo acabará tratando de aportar un breve bosquejo de la misma.

### *Las brechas de la ciencia*

En este apartado se intentará dilucidar qué tipo de dificultades encuentra el enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia al ser aplicado en el ámbito de la salud mental, con el fin de poder reflexionar si, tal y como afirman los defensores de la Medicina Basada en la Evidencia, este enfoque puede ser considerado o no un nuevo paradigma científico.

La Medicina Basada en la Evidencia surgió en un contexto de progreso tecnológico y científico de otras disciplinas y se contagió del impulso de formulación

de leyes matemáticas para explicar los fenómenos naturales (3). Ahora bien, no puede haber leyes universales, puesto que no podemos afirmar nunca algo universal partiendo de datos particulares, como enuncia el Principio de falsabilidad de Karl Popper: Constatar una teoría significa refutarla con un contraejemplo, si no es posible refutarla, dicha teoría queda corroborada provisionalmente, pero nunca verificada (4).

El contexto epistemológico que subyace al planteamiento de la MBE es un positivismo que presupone una verdad externa al sujeto, objetiva y medible, cuyo conocimiento puede ser alcanzable a través del método científico que deja fuera cualquier tipo de subjetividad y cuya utilidad y validez están consensuadas (3).

Sin embargo, la corriente de pensamiento del Construccinismo Social afirma que los conceptos que aparentemente son objetivos, en realidad están contruidos socialmente. Lo que da la apariencia de verdad externa a dichos conceptos es el consenso social de una mayoría que los considera como “verdad” incuestionable. No basta con que un científico proclame que algo es verdadero; para considerarlo un “hecho” otros científicos tendrán que analizar los datos y replicarlos, es decir, “verlo con sus propios ojos”. La objetividad se alcanza mediante una coalición de subjetividades (5).

Si los conceptos “verdad” o “mentira” están contruidos socialmente, entonces la verdad es producto del acuerdo grupal y, por consiguiente, un grupo tomará las pruebas que respalden su concepción de “verdad” y otro grupo, las que respalden la suya. Frecuentemente son contradictorias. Por ende, las pruebas no dependen de los argumentos que se esgriman, sino de la definición de lo verdadero de la que se parta. Esto podría explicar las constantes contradicciones que aparecen dentro del propio enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia. Las pruebas entonces se convierten en artilugios retóricos (5).

La objetividad, por lo tanto, no puede existir objetivamente. No podemos separar la percepción del objeto del sujeto que lo percibe, no podemos tampoco separar al sujeto del ambiente objetivo que le permite pensarse y reconocerse (6).

En base a esto seguidamente se detallan los problemas que aparecen en la definición y en los principios de la Medicina Basada en la Evidencia y cómo se ve este enfoque afectado por ellos en el campo de la salud mental.

David Sackett, el impulsor de la Medicina Basada en la Evidencia la define como: “El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia existente en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia significa integrar la práctica clínica individual con la mejor evidencia externa existente derivada de la investigación sistemática. Por la mejor evidencia externa existente derivada de la investigación sistemática entendemos investigación clínicamente relevante, a menudo basada en las ciencias básicas de la medicina, pero especialmente de investigación clínica centrada en el

paciente respecto a la exactitud y precisión de tests diagnósticos (incluyendo el examen clínico), el poder de marcadores de pronóstico y la eficacia y seguridad de programas terapéuticos, rehabilitadores y preventivos”. (7)

En primer lugar, este autor introduce términos que en lugar de aclarar, confunden. ¿Qué significa un uso juicioso o consciente de la mejor evidencia existente? ¿Juicioso y explícito para quién? ¿Cómo se evalúa esa cualidad de ser juicioso o explícito?

Además, trata de conjugar experiencia clínica individual con evidencia científica, pero sólo se define qué es la mejor evidencia científica. No se habla de cómo poder conjugar dicha evidencia con la práctica clínica individual cuando dicha conjugación frecuentemente genera numerosos conflictos bioéticos en salud mental, como por ejemplo los derivados de la obligación, como parte de la buena praxis profesional basada en la evidencia, de la prescripción de tratamientos de primera elección en personas con trastorno mental grave, y no tan grave, (que suelen ser en su mayoría tratamientos farmacológicos) junto con la negativa de la persona a utilizar medicación bien porque considera no necesitarla, bien porque los posibles efectos secundarios le preocupan.

En la definición dada de la Medicina Basada en la Evidencia se entiende investigación clínicamente relevante como la centrada en la exactitud de tests diagnósticos (incluyendo el examen clínico). En salud mental sigue sin haber pruebas “evidentes” de que los tests midan realmente lo que dicen medir (conflicto fundador del nacimiento de la psicometría y de imposible resolución). Unido a esto es preciso tener en cuenta que muchas de esas pruebas “objetivas” no cumplen criterios de fiabilidad y validez (como son muchas de las numerosas medidas de autoinforme o las pruebas de screening proporcionadas por la industria farmacéutica a pediatras para diagnosticar el popular Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). Finalmente, el examen clínico está preñado de una subjetividad tan grande que no hay consenso entre expertos con igual formación a la hora de aportar un diagnóstico (8).

¿Cómo se consigue evidencia científica con estos problemas?

Junto a estas dificultades en la definición de la Medicina Basada en la Evidencia aplicada a salud mental aparecen otras barreras en los principios determinantes de este enfoque.

El primer principio de la Medicina Basada en la Evidencia afirma que el problema clínico es el que debería determinar el tipo de evidencia a buscar y el segundo principio afirma que las decisiones deben basarse en la mejor evidencia disponible (7). Entonces, ¿cómo se explica la contradicción que hay entre las evidencias para un mismo problema clínico? Si se defiende afirmando que hay diferentes manifestaciones de ese problema clínico que justifican que haya evidencia contradictoria, ¿de qué dependen esas diferencias en las manifestaciones? Todo

parece indicar un desarrollo propio e individual del problema y de la sintomatología para cada persona. La conclusión lógica derivada de esto es una imposibilidad de establecer, al menos en salud mental, tratamientos estandarizados.

El tercer principio afirma que para identificar la mejor evidencia son necesarias estrategias de razonamiento estadístico, biomédicas y epidemiológicas (7). En salud mental la epidemiología ya es complicada, por lo comentado anteriormente del desacuerdo existente entre expertos para establecer un diagnóstico común. Las estrategias biomédicas pueden ayudar, pero hay circunstancias sociales y psicológicas que no pueden descartarse tanto para la comprensión del problema como para la elección del tratamiento. No obstante, el mayor fallo reside en las estrategias estadísticas.

Las pruebas más “fiables” para comprobar la verdad o la falsedad de una hipótesis están basadas en la comparación de medidas de tendencia central, sobre todo en la media, y además se circunscriben a una muestra, jamás a una población. Con esto se quiere dar a entender que los términos cuantitativos y estadísticos no determinan el contexto clínico del paciente. Por lo tanto, utilizar estrategias exclusivamente epidemiológicas, biomédicas y estadísticas para identificar la mejor evidencia disponible, supone un enorme sesgo que imposibilita lograr la mejor evidencia en el área de salud mental, puesto que en esa “mejor” evidencia no se incluirán variables personales e individuales tan fundamentales y determinantes en nuestro campo.

Una vez señaladas las lagunas en los planteamientos de la Medicina Basada en la Evidencia, se analizará por qué este enfoque no puede ser jamás considerado un nuevo paradigma.

Para empezar, la Medicina Basada en la Evidencia no resulta un enfoque innovador, pues desde que la ciencia moderna comenzó a formarse en el siglo XVII, el problema a plantear siempre ha comenzado con una pregunta y con una lectura crítica de la bibliografía existente relacionada con dicha pregunta.

Si la novedad de la Medicina Basada en la Evidencia consiste en aplicar esa actuación a un problema clínico, esto no es una innovación, sino una generalización del método científico que además está mal planteada, puesto que no se ha puesto en duda las limitaciones que dicho método puede tener en el ámbito clínico, ni si es adecuado, ni si es ético, ni si sus beneficios superan sus desventajas.

La Medicina Basada en la Evidencia es un enfoque que trata de ordenar y estandarizar, pero no trata de teorizar. Esta motivación de teorización, que no está presente en la Medicina Basada en la Evidencia, es una de las condiciones principales para otorgar la categoría de paradigma científico a un enfoque técnico o práctico (9). Los datos que provienen de la evidencia no tienen sentido si no es a través de su relación e interpretación en una teoría científica del conocimiento, lo cual es el fallo más grave cometido por la Medicina Basada en la Evidencia y que le imposibilita su acceso al grado de paradigma científico.

La intención aquí no es negar la utilidad de la Medicina Basada en la Evidencia, pues evidentemente la investigación es algo básico. Sin embargo, sí se trata de poner en duda el calificativo de “necesario” aplicado a la Medicina Basada en la Evidencia. Es necesaria la investigación, pero no la investigación con los métodos basados en otras disciplinas, como en la Física o en la Química, exponentes principales del buen hacer del método científico, sólo porque a ellas les hayan ido bien. Esos métodos, ¿son aplicables a nuestro objeto de estudio? ¿Cuáles son sus limitaciones? Eso es lo que habría de tenerse en cuenta antes de asumir prácticas o protocolos sin ser conscientes de sus inconvenientes.

### *La verdad científica en cuestión*

En este apartado se tratará de analizar hasta qué punto la verdad científica corresponde a la verdad de la realidad externa y para ello se comienza reflexionando cómo una afirmación puede ser juzgada como cierta o falsa para, posteriormente, profundizar en posibles errores y apariencias que pueden ser confundidos como científicos cuando no lo son.

Para que una afirmación tenga el derecho a ser juzgada como verdadera o falsa, antes tiene que estar inscrita dentro de un discurso (1). Es decir, tiene que tener la forma y usar las herramientas y los modos del discurso en el que se quiera incluir, como ilustra claramente el siguiente ejemplo que utiliza M. Foucault: “Mendel decía la verdad en sus investigaciones genéticas, pero en su época ni siquiera se las consideró. No se juzgó si eran ciertas o falsas, ni siquiera se las consideró. La Biología tuvo que cambiar sus herramientas de investigación y utilizar las que había usado Mendel (investigar generaciones sucesivas de plantas y no sólo una generación) para incluirle en la disciplina y dirimir si sus hallazgos eran verdad o no. Se tuvo que cambiar el discurso para que las conclusiones de Mendel fueran juzgadas” (1).

Por lo tanto, se puede estar diciendo la verdad más absoluta e irrefutable fuera de un determinado discurso, pero si esa proposición verdadera no se adecua al lenguaje, las pruebas, las herramientas y los modos de hacer del discurso, será inexistente para dicho discurso.

Es decir, una proposición antes de ser verdadera o falsa ha de estar en la “verdad” del discurso.

Sin embargo, esto tiene dos filos. Al igual que se puede estar diciendo la verdad fuera de un discurso y, precisamente por ello, ser inexistente, también se pueden estar diciendo auténticos disparates y ser considerados absolutamente ciertos por la apariencia de verdad que poseen. Esto ocurre porque la inaccesibilidad



del lenguaje utilizado en muchos textos científicos les da apariencia de verdad al situarlos fuera de la posibilidad de crítica, y así convertirlos en irrefutables (10).

En un excelente artículo de 2008 Sánchez Arteaga analiza los recursos retóricos que pueden convertir cualquier disparate o afirmación veleidosa en una verdad científica cumpliendo todos los estándares de la Medicina Basada en la Evidencia y que pasamos a enumerar (10):

*Reducción del discurso a lo enunciativo:* Consiste en resaltar al máximo la dimensión enunciativo-descriptiva de la afirmación y eliminar las dimensiones normativo-emocionales (de orden social, psicológico o histórico). Toda descripción se enmarca siempre en un fondo subjetivo y social influido por muchas variables. Si estas dimensiones normativo-emocionales no existieran, no habría hallazgos en las interpretaciones históricas de la práctica científica.

*Cuantificar las cualidades:* Aunque esta cuantificación no sea de utilidad. A veces la matemática sólo sirve para dar apariencia científica a un concepto determinado. El “efecto verdad” de cualquier afirmación aumenta exponencialmente si se presenta detrás de una matemática aparentemente compleja. No hay un solo estudio financiado por un laboratorio para probar la eficacia de un fármaco que no se asiente en “sólidas” pruebas estadísticas (aunque la diferencia sea muy escasa o nula respecto al placebo). Esto se complementa con que las medidas en las que se hacen dichas operaciones matemáticas se recogen con instrumentos en los que no se sabe si miden lo que dicen medir, si son fiables o si son válidos. Otro ejemplo histórico serían las mediciones de la Fisiognomía que en su momento se vendía como ciencia y asentaba gran parte de su veracidad entre rasgos faciales y personalidad en la cuantificación de aquellos.

*Explicaciones científicas que nada explican:* Emplear una terminología de aparente rigor para explicar las causas, aunque los conceptos utilizados en la explicación no tengan una significación concreta. Son explicaciones causales tautológicas que se tornan incuestionables sólo por la fuerza de la repetición. Por ejemplo, explicar la tristeza acudiendo a la etiqueta de depresión. (Está triste porque está deprimido y está deprimido porque está triste).

*Hermetismo vacío de sentido:* Los investigadores tienen la necesidad de realizar alusiones a conceptos pertenecientes a otras áreas del conocimiento, los cuáles se aceptan y utilizan de modo acrítico sin tener una noción clara del significado concreto al que los términos se refieren en su contexto específico de utilización. Por ejemplo acudir a técnicas de neuroimagen sin saber exactamente qué miden y cómo de fiable es en la interpretación en general y de un determinado trastorno mental en particular (11).

*El argumento de autoridad:* Consiste en afirmar algo sustentándolo seguidamente en el nombre de un autor respetado (o institución científica respetada) con una referencia bibliográfica. Muy pocos acudirán a la fuente original para com-

probar los fundamentos de dicha afirmación. Se aceptará como algo evidente y ya “demostrado”.

*Eliminación del sujeto gramatical y del sujeto histórico/agente de la ciencia:* Consiste en eliminar de todas las proposiciones el sujeto gramatical (que también es el histórico) que las enuncia. Las acciones científicas se describen sin aludir al sujeto que las realiza, nadie interviene en ellas. “Se demuestra...” “Se da tanta dosis de...” El trabajo que usted está leyendo ahora mismo es un buen ejemplo de ello.

Así se puede disfrazar cualquier hecho en una verdad científica aparentemente demostrada, así es como cualquier afirmación puede entrar en la “verdad” del discurso científico.

### *El deseo y el poder de la Medicina Basada en la Evidencia aplicada a salud mental*

Esta tercera parte trata de averiguar cómo se convierte la Medicina Basada en la Evidencia en un discurso. Para ello se parte de los factores que hacen surgir este enfoque según la propia Medicina Basada en la Evidencia los explicita. El objetivo es comprender cómo se adquieren y actúan el deseo y el poder específicos de este discurso en el campo de la salud mental.

La Medicina Basada en la Evidencia, al creer ser un nuevo paradigma, definiendo una verdad. La verdad alcanzada a través del método científico, una verdad externa y objetiva, mensurable y positivista. Es en este punto cuando la MBE deja de ser un enfoque para convertirse en un discurso. La MBE es el discurso de una disciplina y trata de ser el discurso del saber.

La Medicina Basada en la Evidencia surge por varios factores:

Primero, debido a una necesidad de aunar criterios en la práctica clínica y tratar de unificar los tratamientos clínicos aplicados a pacientes individuales (7). Esto es lo mismo que decir que la Medicina Basada en la Evidencia decide qué tratamientos son buenos y cuáles no para aplicar uniformemente los tratamientos aprobados a cada paciente afectado de un determinado diagnóstico (en el que, volviendo a reiterar, no hay consenso).

En segundo lugar, por una necesidad de ordenar el conocimiento cada vez más amplio (7). Que es lo mismo que decir que la Medicina Basada en la Evidencia decide qué conocimiento ha de ser difundido y cuál no, generalmente estudios con resultados positivos y escritos en inglés. Aquí sucede algo curioso, como señalan García Valdecasas y colaboradores en un artículo publicado en esta misma revista, hay una serie de metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados publicados por revistas científicas de prestigio y reseñados por medios de comunicación cuyos resultados no han afectado a la práctica clínica en psiquiatría (12). Como por ejemplo un metaanálisis que estudiaba la relación entre la severidad inicial de la depresión y

la eficacia de los antidepresivos. Concluye que no hay diferencia con el placebo y que hay pocos indicios que apoyen la prescripción de medicación antidepresiva si no se han probado tratamientos como la psicoterapia previamente (13). No hay razón científica para no tener en cuenta estos estudios, entonces ¿quién marca la línea directriz de la Medicina Basada en la Evidencia? Probablemente, y en completa coincidencia con García Valdecasas, la industria farmacéutica, puesto que es ella la que financia la mayoría de las investigaciones y congresos científicos importantes. Además, sólo son cuestionados los resultados alcanzados a través de la Medicina Basada en la Evidencia que van en contra de sus intereses mercantiles (12). Una observación más del incisivo trabajo de García Valdecasas y colaboradores: a lo largo de la evolución del DSM y la CIE los trastornos mentales que más han aumentado en categorías diagnósticas son los de ansiedad, los afectivos y los psicóticos, curiosamente los que corresponden a los tres grandes grupos de psicofármacos (12). Es decir, una teoría o práctica puede chocar con la evidencia no porque sea incorrecta, sino porque la evidencia esté contaminada, osease, sesgada (14).

Y en último lugar, la Medicina Basada en la Evidencia surge por una necesidad de ayudar en la toma de decisiones clínicas y unificar la misma (7). Esto tiene una gravísima consecuencia negativa que se analizará enseguida.

En otras palabras, la Medicina Basada en la Evidencia surge para decir qué es verdadero y qué es falso, surge para decir qué es lo que está bien y qué es lo que está mal.

Y sin embargo, en salud mental no se está consiguiendo aunar criterios en la práctica clínica ni unificar los tratamientos debido a que la experiencia individual es algo que no se puede cuantificar y en lo que no puede haber consenso, además de por la existencia de multitud de escuelas y enfoques teóricos distintos con sus propias pruebas y evidencias que en la práctica se muestran eficaces.

Tampoco es eficaz la Medicina Basada en la Evidencia a la hora de ordenar el conocimiento clínico, puesto que los estudios siguen creciendo en número y cada vez son más patentes las contradicciones entre ellos.

Las consecuencias a nivel práctico de la Medicina Basada en la Evidencia son la estandarización en tratamientos y decisiones clínicas. Si asumimos que ha de haber tratamientos estándares para pacientes con la misma psicopatología, estamos perdiendo una información tan valiosa como el significado que la persona le da a su problema. Si asumimos la estandarización de los tratamientos, estamos hablando desde el discurso del administrador que sólo quiere ahorrar recursos, no desde el discurso clínico que trata de comprender, evaluar y tratar al paciente en su totalidad.

Es cierto que la Medicina Basada en la Evidencia puede ayudar en la toma de decisiones clínicas y unificarlas, pero hay un problema. La Medicina Basada en la Evidencia, como se ha descrito previamente, basa la toma de decisiones en la mejor

evidencia científica disponible. Por tanto, deja de lado la experiencia individual. Desde la Filosofía se ha puesto énfasis en que cualquier toma de decisiones parte de una actitud ética individual, la Medicina Basada en la Evidencia elimina esto. La consecuencia es la desresponsabilización.

Cualquier decisión éticamente tomada implica una responsabilización tanto de la decisión como de las consecuencias derivadas de la misma. Al eliminar este componente logramos la desresponsabilización del profesional en el sentido de que el fracaso terapéutico no depende de él, ya que ha aplicado lo que dicta el protocolo para el problema, por ende el fallo ha de estar en el paciente; y la desresponsabilización del paciente en el sentido de que se le considera un enfermo igual que al resto y su síntoma psíquico se trata igual que el de los demás, por lo tanto la persona no se implica en el tratamiento ni en dotar de sentido a su problema.

Todo lo anterior implica que la Medicina Basada en la Evidencia potencie la medicina defensiva, ya que una ventaja añadida al justificar una decisión sin responsabilidad propia es poder evitar reclamaciones y demandas legales. Se ha actuado de acuerdo al protocolo, aunque éste le venga mal al paciente, por tanto el fallo jamás puede ser imputado al profesional o al sistema sanitario.

A pesar de todo esto, la Medicina Basada en la Evidencia es el discurso dominante en salud mental. ¿Y por qué? Porque refleja exactamente el discurso general del que proviene: el científico.

Se dijo al principio que el poder fundamental del discurso, del que derivan los demás poderes, es el de dictar qué es verdadero y qué es falso. También se comentó que todo discurso está atravesado por el deseo y por el poder. Sin embargo, para que el discurso científico siga siendo poderoso tiene que evitar referirse a ese deseo y a ese poder que le justifican y le atraviesan (1).

Pongamos el ejemplo del discurso científico en salud mental. Los profesionales inmersos en este discurso jugamos en los límites del control social (ese es el poder que tenemos). Si se explicitara realmente ese poder a los ojos de toda la sociedad, probablemente el discurso científico en salud mental dejaría de considerarse ético o políticamente correcto. Por otro lado, el discurso científico se entreteje en torno a variables históricas, sociales y, por supuesto, individuales, o sea, está teñido de los deseos de las personas. Si se explicitara que el discurso científico está formado en su núcleo por deseos subjetivos, perdería su carácter de objetivo y neutral.

Es decir, que si el discurso científico en salud mental hablara del poder que tiene y de los deseos de los que está formado, dejaría de ser verdadero a los ojos de los que lo juzgan y perdería su poder fundamental consistente en delimitar qué es cierto y qué no lo es y, enlazando con eso, indicar qué es adecuado y qué no lo es influyendo a otros discursos.

Sin embargo, todo discurso (incluido el científico) tiende a hablar del deseo y del poder, pero la necesidad de aparentar ser verdadero – que se consigue separan-

do el discurso del deseo del sujeto (volviéndolo objetivo) y separando el discurso del poder que realmente ejerce (convirtiéndolo en ético y deseable desde el punto de vista moral) – impide reconocer al propio discurso lo que lo atraviesa, es decir, el deseo y el poder. El tratar de ser verdadero enmascara la verdad que realmente es suya, a saber, deseo y poder; por tanto el discurso no la puede reconocer en él mismo si quiere seguir manteniendo el poder y el reinado de lo verdadero. En este punto se produce una paradoja: el discurso no deja de tender hacia el deseo y hacia el poder, pero es incapaz de nombrarlos, con lo cual, los actúa de una forma “pervertida”. En salud mental muchos terapeutas somos protagonistas de esta perversión del poder al obligarnos a tratar cuestiones que quizá no sean sintomatológicamente importantes pero que permiten afianzar el saber de cara a los familiares o a la propia institución, decidiendo la prolongación de un ingreso involuntario pensando científicamente sin tener en cuenta los deseos de la persona, y un largo etc.

Hay una última consecuencia de la Medicina Basada en la Evidencia que toca claramente el nivel ético y que enlazará con el último apartado.

El discurso científico de la Medicina Basada en la Evidencia es una especie de rey Midas. Todo lo que toca lo convierte en verdadero.

Se planteó en la Introducción que la verdad de un discurso justifica otros discursos. La ciencia es la religión de la modernidad. Ella establece lo que está bien y lo que está mal, lo que es cierto y lo que es falso. Y cuando la ciencia toca otro discurso, lo convierte automáticamente en verdadero.

Tomemos el ejemplo del discurso jurídico. ¿En qué se basa para establecer sus sentencias muchas veces? En lo que la ciencia dispone en cuestiones tales como la responsabilidad de los actos de una persona. La verdad de la justicia bebe de la verdad de la ciencia, de lo que los supuestos científicos definen como cierto. Lo mismo pasa con la política, cuya legislación se ve notablemente influida por la ciencia.

Es un terreno peligroso. Porque no se juega con trozos de metal inanimados, sino con personas vivas que sufren y tienen una historia que explica ese sufrimiento. El pensamiento mutilante de la investigación científica no debería prevalecer sobre la experiencia del clínico, sobre la ética personal y profesional. La verdad que se obtiene científicamente siempre tiene limitaciones. Habría que ser conscientes de las mismas para no cegar a otras disciplinas que se basan en nuestros datos, como la judicial, o la política.

### *Conclusiones éticas*

Este trabajo parece establecer una crítica feroz contra la Medicina Basada en la Evidencia, sin embargo únicamente es así en apariencia.

Se considerará posiblemente que la Medicina Basada en la Evidencia es necesaria, que se necesita algo donde agarrarse en tanto desarrollo de una disciplina como en el ejercicio de los profesionales de salud mental. Eso es cierto, pero no en el sentido que quizá comparta la mayoría.

Se requiere la Medicina Basada en la Evidencia para superarla, para destruirla, pero no para olvidarla.

Ha quedado suficientemente establecido que la Medicina Basada en la Evidencia dicta lo que es verdadero y lo que es falso, y, por tanto, dicta lo que está bien y lo que está mal. Es decir, toma la forma de una Ley ética.

Se necesita la Ley para ser libres. La libertad consiste en entender la Ley y entenderla es transgredirla; la única forma de ser libres es transgrediendo la Ley. Desobedecer la prohibición es la única forma de conocimiento para un ser racional (15).

La Medicina Basada en la Evidencia marca las fronteras, nosotros como sujetos somos los que debemos rebasarlas y ampliarlas. Marca la Ley en cuanto a los diseños experimentales, en cuanto a las cuantificaciones y a los medios para obtenerlas, en cuanto al desarrollo del estudio, a la forma del discurso... En definitiva, marca la Ley en cuanto a la metodología. Ya Feyerabend expuso brillantemente cómo científicos de la talla de Galileo Galilei, Isaac Newton o Albert Einstein tuvieron que romper con el método científico para llegar donde su intuición les gritaba que estaba la verdad, o, al menos, una verdad que podría englobar las verdades de las que partían (14).

Creatividad, al fin y al cabo. La imaginación y la creatividad son las que posibilitan el progreso, son las que dotan de humanidad a nuestras palabras y actos. En palabras del ya citado Fernando Colina “Sin ambición, ilusiones, sueños y ceguerras no hay circulación posible de las ideas” (16).

El hombre es creador por naturaleza y crear significa producir algo que no existía antes. Por eso para entender la Ley hay que transgredirla, por eso hay que desobedecer; porque necesitamos ir más allá de la metodología científica para seguir dándole fuelle a la ciencia, porque la Medicina Basada en la Evidencia marca lo existente pero no lo posible. La libertad niega la consideración de la creación como necesaria. La necesidad es la abolición de la posibilidad, pero la necesidad no es lo mismo que realidad (15). La realidad vista desde dentro (desde el deseo de las personas, desde la subjetividad humana) es infinita. Por eso podemos seguir creando, por eso siempre habrá avance constante en el conocimiento.

Por todo ello esta crítica a la Medicina Basada en la Evidencia es aparente. La Medicina Basada en la Evidencia es el punto de partida, pero no el medio (al menos no el único medio) de alcanzar la verdad, ni tampoco el fin. Es una Ley que hay que transgredir. Se ha tratado de indicar las lagunas de la Medicina Basada en la Evidencia por donde puede ser superada, por donde debe ser superada. Los autores de

este trabajo no poseen ni el conocimiento ni la experiencia para indicar el camino hacia esa superación que la subsuma en un nivel de conocimiento más general y completo, aunque el sociólogo francés Edgar Morin en su obra “El Método” trata de hacerlo (17).

Antes que profesionales o científicos somos personas, personas libres. ¿Pero cómo se sabe que somos libres? De la misma forma que sabemos de los deseos. Porque nos vienen de fuera, porque nos vienen de otras personas.

La base de toda ética está en el reconocimiento. Por mucho que creemos, ninguna de las creaciones nos va a dar nuestra identidad, porque no podemos identificarnos con cosas. Los que nos dotarán de identidad serán los otros. Lo que reconozcamos en ellos será con lo que nos identifiquemos. De esta forma, si sólo reconocemos al otro, podremos imponerle palabras, prácticas o teorías, pero no reconoceremos su libertad y su ética y, por tanto, nos las estaremos negando a nosotros mismos. Hacemos que el otro dependa de nosotros y nos convertimos en esclavos al situarnos en el papel de amos. Ningún hombre ha nacido para mandar porque ningún hombre ha nacido para servir.

La forma, por tanto, no es reconocer al otro, sino reconocernos en el otro. Cuanta más libertad reconozcamos en la otra persona, más libertad nos reconocemos y nos reconocerán. De esta manera, la acción, centro de toda ética, no se queda en ser buena o mala, sino que se convierte en solidaridad y cooperación (15).

Nosotros como profesionales de la salud mental estamos en un lugar privilegiado para ejercer la ética de la mejor forma posible, estamos en un lugar privilegiado para dotar al mundo de color y conocimiento, puesto que nuestro trabajo son las personas. Cada persona es una oportunidad de consolidar nuestra libertad y de reconocernos aún más humanos. Por ello es tan importante que seamos conscientes del deseo y del poder que atraviesan a todos los discursos, en particular al de la Medicina Basada en la Evidencia en nuestro ámbito, el de la salud mental. Si no somos conscientes de ello, no podremos responsabilizarnos de nuestras acciones y, por tanto, no podremos ser libres en nuestro ejercicio de la práctica clínica. Con esto no se quiere decir que haya que abandonar la Medicina Basada en la Evidencia, sino que es nuestra obligación conocer sus limitaciones y dichas limitaciones vienen dadas por el conocimiento del deseo y el poder del discurso, porque es el desconocimiento de su existencia lo que nos podría impedir reconocernos en nuestros pacientes.

Para finalizar, es importante mencionar la incertidumbre que siempre existe en el conocimiento. Esa incertidumbre que obliga a dudar de las medidas de los tests, de las teorías y de las hipótesis, que obligó a introducir a finales del Siglo XIX la estadística, que no es más que la probabilidad incierta de que algo ocurra o no.

Incertidumbre que la Medicina Basada en la Evidencia es incapaz de resolver, aunque su contexto epistemológico le obliga a ello. Sólo la aumenta más al ir

recopilando cada vez más evidencia contradictoria. El teorema de Gödel afirma que en cualquier sistema formalizado o teoría, hay al menos una proposición que es indecidible (es decir, indemostrable, que se da por supuesta para el desarrollo de las siguientes). Esa indecidibilidad abre una brecha en el sistema, que se vuelve incierto. La proposición indecidible no obstante sí que puede ser demostrada en otro sistema (sería un meta-sistema), pero este tendrá también su brecha lógica.

Es decir, si tratamos de conocer, siempre vamos a tener incertidumbre, que será cada vez mayor cuanto más conozcamos o cuanto más complejo sea lo que queremos conocer.

Como afirma E. Morin “hace falta abrir la posibilidad de un conocimiento a la vez más rico y menos cierto, más que un conocimiento más cierto, pero menos completo” (6).

La única certeza de la que disponemos en este mundo es la de la muerte. Por tanto, sería lícito pensar que todo lo que la muerte roza se vuelve cierto, o, mejor dicho, que todo lo que es cierto está muerto.

La incertidumbre es lo propio de la vida. La incertidumbre no pesa, al contrario que la muerte. Es ligera y da impulso. La incertidumbre viene dada por la propia palabra. La palabra, por muy exacta que sea, jamás llegará a nombrar de forma transparente la cosa a la que se refiere. Y por eso nunca será cierta del todo, por eso no pesará, será tan ligera que necesariamente habrá de ser mutable.

Es justo por ello que los autores de este trabajo consideramos como uno de los mayores errores de la ciencia el haberse separado de la poesía.

La poesía es necesaria a nivel académico y a nivel personal. A nivel académico es la mayor fuente productora de metáforas. Quizá la ciencia no necesite metáforas, pero el conocimiento sí. Para el conocimiento es obligatoria la comprensión, y es ahí donde entran las metáforas. No hay comprensión sin metáforas, sin identificación de dos términos, pues eso es al fin y al cabo en lenguaje matemático una ecuación. Por ello la poesía nos muestra esas verdades veladas que nos mueven, por eso la poesía es fuente de conocimiento y por eso la ciencia la necesita.

A nivel personal, la poesía conmueve y hace vibrar. Se sabe realmente que algo es verdad no por el pensamiento racional, sino por la emoción que nos provoca. Es esa emoción la que funciona de pegamento entre una idea y la verdad de esa idea. Es ahí donde la poesía es experta, en estremecernos, en guiarnos a la única verdad que importa, no a la universal, sino a la que nos hace humanos y éticos, a nuestra verdad. La verdad de reconocer nuestra esencia en los ojos de otros, en las palabras de otros. En la poesía se alza esa fragilidad de la palabra suspirada, sentida, apenas esbozada, combinada con la tremenda fuerza que poseen las palabras y que les viene dada de su relación con la verdad, con la verdad de cada uno que no deja de ser sino la verdad de la vida.



## BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Foucault, M. El orden del discurso, Tusquets, 2008.
- (2) Colina, F. Deseo sobre deseo, Cuatro, 2006.
- (3) Henao, D. E; Jaimes, F. A. Medicina basada en la evidencia. Una aproximación epistemológica. Biomédica, nº 29, 33-42, 2009.
- (4) Popper, K. La lógica de la investigación científica, Tecnos, 1985.
- (5) Gergen, K. El Yo Saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo, Paidós, 1997.
- (6) Morin, E. Introducción al pensamiento complejo, Gedisa, 1990.
- (7) Sacket D. L. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la Medicina Basada en la Evidencia, Churchill Livingstone, 1997.
- (8) Read, J.; Mosher, L. R.; Bentall, R. P. Modelos de locura, Herder 2006.
- (9) Kuhn, T. La estructura de las revoluciones científicas, Fondo de cultura económica de España, 2006.
- (10) Sánchez Arteaga, J. El lenguaje tecnocientífico como “lengua secreta”: hacia una hermenéutica superracional de la descripción científica de lo real. Observaciones filosóficas, edición online, nº 6 2008.
- (11) Pérez Alvarez, M.; González Pardo, H. La invención de los trastornos mentales, Alianza editorial, 2007.
- (12) García Valdecasas, J.; Vispe. A.; Tobías, C.; Hernández, M. De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXIX, fascículo 2, nº 104, 405-422, 2009.
- (13) Kirsch, I. y otros, Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration, PLoS Med, 2008, 5, 2, e45 doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.
- (14) Feyerabend, P. Tratado contra el método, Tecnos, 2007.
- (15) Savater, F. La tarea del héroe, Destino, 2004.
- (16) Colina, F. El saber delirante, Síntesis, 2001.
- (17) Morin, E. El Método 1: La naturaleza de la naturaleza, Cátedra, 2006.