

Editorial

LA DECISIÓN CLÍNICA: ENTRE LA EVIDENCIA Y LAS NARRACIONES

“La noción de verdad pertenece a la retórica del poder (...) La disputa acerca de la veracidad o de la falsedad de determinadas creencias entraña simultáneamente el debate acerca del derecho de algunas personas de hablar con la autoridad que algunos otros deberían obedecer”. Zygmunt Bauman, *O Mal- Estar da Pós-Modernidade*, Río de Janeiro 1998.

“Las verdades son, naturalmente, siempre falsas, como lo demuestra el hecho de que su éxito no se componga de estudiosos, sino de guardaespaldas”. Rafael Sánchez Ferlosio, *Vendrán más años malos y nos harán más ciegos*, Ediciones Destino, 1993.

Desde sus orígenes la psiquiatría se ha visto enfrentada a dos posturas claramente contrapuestas: actitudes “restriccionistas” frente a actitudes “expansionistas”, somáticos frente a psicologistas, predominio de la lesión frente al espíritu, o dicho en términos más actuales: naturaleza *versus* cultura; pares antitéticos que se vuelven a encontrar enfrentados al considerar la salud y el enfermar como hechos individuales o sociales y que conllevan consecuentemente modos diferentes de entender la organización de la asistencia y el cuidado, y en última instancia responden a distintas formas de pensar la sociedad, cuyo predominio en cada momento depende más de diversos factores socioeconómicos que científicos. En la década que ahora acaba dominan cada vez más en la patología mental criterios fiscalistas cuya hipótesis central sitúa el cerebro como el “órgano de la mente”: hechos cuantificables, al margen de los juicios de valor. Parece que se ha hecho realidad la afirmación que hizo Guze en 1989: hablar de psiquiatría biológica debería ser un pleonasma, pues, ¿existe algún otro tipo? Nos hallamos en plena re-medicalización de la psiquiatría. Una remedicalización que para Octavio Domont de Serpa Júnior es una reacción a las corrientes que dominaban la psiquiatría sobre todo americana y europea hasta el final de los años 60³. Tiempos de hegemonía y expansión del psicoanálisis y de la psiquiatría comunitaria, del movimiento antipsiquiátrico y de la reforma psiquiátrica desinstitucionalizadora; en los que el término salud mental desplazó el de psiquiatría, englobándole en un movimiento más amplio conceptualmente, más plural en su composición profesional. Es una época de alejamiento del modelo biomédico tradicional que empieza a cuartearse pronto, a partir de los años ochenta. Hay algunos factores que precipitan el cambio: se producen cambios en los sistemas de pago que exigen una mayor precisión diagnóstica; la financiación de las investigaciones comienza a privilegiar de forma absoluta los estudios biomédicos, con el pretexto de una mayor necesidad de objetivación; el campo de la nosología pasa por una gran reformulación con la publicación en 1980 del DSM III, donde la psicopatología da paso a unos criterios de agrupación por síntomas y su evolución que pretende ser “científica”, es decir con categorías basadas en datos empíricos, claras y únicas, universales; y en un ámbito más amplio el ideario del Estado del Bienestar empieza a dar paso al Estado minimalista que caracteriza al neoliberalismo y la globalización. En resumen, no es tanto el desarrollo del modelo biológico (sin ignorar el progreso de las neurociencias y de la psicofarmacología) como factores de orden económico y social lo que explica el tránsito de una mentalidad a otra. Detrás del predominio de la psiquiatría biológica se encuentra el efecto rebote de la des-me-

dicalización y la adecuación a los tiempos al pensamiento dominante, más que la consistencia de una psiquiatría biológica que se sustenta en una biología que está aún por hacer⁴.

La última expresión de este rebote positivista es la Medicina Basada en la Evidencia (en pruebas para ser respetuosos con el sentido del término en su lengua de origen; aunque quizás se prefiera el equívoco), donde la decisión clínica debe ser el resultado de un proceso totalmente objetivo y reproducible por diferentes agentes en diferentes contextos. Aunque se consideran más procedimientos, la evidencia debe ser obtenida a partir de ensayos controlados randomizados y meta-análisis. El ensayo clínico randomizado, especialmente la revisión sistemática de varios ensayos clínicos randomizados, que puede informarnos probablemente mejor e inducirnos probablemente a mucho menos a error, se ha convertido, en el “patrón oro” para juzgar si un tratamiento causa o no daño”, escribe uno de los apóstoles de la MBE⁵.

Ahora bien, siguiendo a Octavio Domont no es oro todo lo que reluce: a) Los meta-análisis tienen sus limitaciones (entre otras: que solo algunos estudios, preferentemente los estudios positivos, son publicados; más aún, existen elecciones previas en función de las cuales formulamos las preguntas y las elecciones); b) Las pruebas son necesariamente “hechos” verificables y contables estadísticamente, esencialmente ensayos controlados randomizados); c) el ensayo randomizado puede ser imposible en función de objeciones éticas, de aspectos legales y políticos; d) el poder de generalizar –validez externa– puede estar comprometido, en cuanto que los profesionales que participan en los estudios, o la institución donde se realiza no sean representativos –pueden estar especialmente interesados en el asunto investigado (como suele ocurrir), y los pacientes ser atípicos por el procedimiento de selección; e) algunos autores señalan aspectos de la práctica clínica que no serían percibidos por los métodos de investigación más valorizados por la MBE y que son, sin embargo, absolutamente pertinentes para la toma de decisión en la práctica cotidiana de los médicos: aspectos biomédicos pero también personales, contextuales, que convergen de una manera compleja y no tienen nada que ver con el procedimiento lineal de la toma de decisión sugerido por la MBE^{6,7,8}.

En un editorial de la Revista Española de Salud Pública (julio-agosto 2000), Cristina Pérez Andrés, plantea algo fundamental para el tema que tratamos al estudiar la diferencia de las técnicas llamadas cuantitativas o distributivas y las cualitativas y estructurales: el lenguaje. En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos. No se trata de que los sujetos que participan respondan un cuestionario, sino de que hablen. Lo fundamental de la metodología cualitativa es el análisis e interpretación del lenguaje (verbal y no verbal) obtenido en condiciones de investigación⁹.

El discurso, la narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente. “Define cómo, por qué y de qué manera el o ella está enfermo. El estudio de la narrativa ofrece la posibilidad de desarrollar una comprensión que no puede ser alcanzada de ninguna otra manera”¹⁰. Ante las limitaciones de la MBE, hay autores que adelantan la hipótesis de una Medicina Basada Narrativas^{11,12,13,14,15}. Enfermar, estar en enfermo, estar en tratamiento, remiten a un individuo, a una historia particular, a un contexto lleno de sentido^{16,17}. Para estos autores la tarea del médico es comparable a la de los historiadores, los biógrafos o los etnógrafos; el método clínico consiste en un acto interpretati-

vo que se basa en habilidades narrativas para integrar las historias contadas por pacientes y clínicos y los resultados de las pruebas. La situación clínica integra diferentes textos: a) el experimental o el sentido que el paciente le da a su dolencia; b) el narrativo o lo que el médico interpreta como el problema del paciente; c) el perceptivo o físico; el instrumental o de los exámenes complementarios y d) el texto terapéutico.

Hay autores que buscan la confluencia, pero el problema es respetar los diferentes lenguajes y su diferente interpretación. No es posible entender el conocimiento sin la diversidad, ni la psiquiatría como un saber único, con respuestas únicas. Siempre he creído que en la mixtura, en el mestizaje está la base del desarrollo tanto de las ciencias de la naturaleza como de las ciencias humanas. Otra cosa es la intolerancia: pero ese tipo de verdades que necesitan guardaespaldas, nos remite a una cuestión de poder.

Acabo con la intervención de Fernando Colina en una jornada sobre “Hechos y valores en psiquiatría” convocada por la Fundación Archivos de Neurobiología en junio de 1999. Hay hechos y datos, dice Colina, y hay interpretación de estos hechos y datos. Pero no hay datos sin interpretación. Todos los datos (hechos) son interpretables y son interpretados. Como no hay psicopatología sin referencia a la imaginación ni problema psicopatológico sin referencia al deseo. La solución no es ni una cosa ni otra, pero una síntesis es también imposible¹⁸. En cualquier caso si buscáramos las respuestas a nuestras preguntas allí dónde estén, sea en nuestras neuronas, nuestros genes, nuestras pulsiones o nuestros significantes, terminaríamos por dejar de lado, como señala Octavio Domont de Serpa Júnior, cualquier veleidad reduccionista.

Manuel Desviat

Bibliografía

- 1 José Lázaro ha publicado un editorial en archivos donde revisa estas dos actitudes que el denomina, citando a Loren G. Graham y a Claud Bernard, restriccionistas y expansivistas (Lázaro J. De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. Archivos de psiquiatría 1999; supl 3: 3-4).
- 2 Guze SB. Biological Psychiatry: is there any other kind? *Psychological Medicine* 1989; 19 (2): 315-323
- 3 Domont de Serpa Jr O. *Mal-Estar na Natureza*. Te Corá editora: Rio de Janeiro, 1999.
- 4 Dufour H. A propos de la psychiatrie biologique. *Psychiatrie et Medicine* 1988; núm especial mayo: 559-567.
- 5 Sackett D, Rosenberg W et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996; 312: 71-72.
- 6 Domont de Serpa Jr O. Clinica e evidência em que se baseiam as nossas decisoes? *Cadernos IPUB* 1999; 15: 61-79.
- 7 Tomlin Z, Humphrey Ch, Rogers S. General practioners perceptions of effective health care. *British Medical Journal* 1999; 318: 1532-1535.
- 8 Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal* 1996; 312: 1215-1218.
- 9 Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativas? *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 319-321.
- 10 Grenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? *British Medical Journal* 1999; 318: 48-50.
- 11 Greenhalgh T. Is my practice evidence-based? *British Medical Journal* 19 October 1999; 313: 957-58.
- 12 Jones AH. Narrative in medical ethics. *British Medical Journal* 23 January 1999; 318: 253-256.
- 13 Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based medicine. *British Medical Journal* 30 January 1999; 318: 323-325.
- 14 Launer JA. Narrative approach to mental health in general practice. *British Medical Journal* 9 January 1999; 117-119.

- 15 Elwyn G, Elwyn R. Stories we hear and hisotries we tell: analysing talk in clinical practice. *British Medical Journal* 16 January 1999; 318: 186-188.
- 16 Domont de Serpa Jr O. Clínica e evidênciaem que se baseiam as nossas decisoes? *Cadernos IPUB* 1999; 15: 61-79.
- 17 Domont de Serpa Jr O. *Mal-Estar na Natureza*. Te Corá editora: Ríio de Janeiro, 1999.
- 18 Introducción al proyecto hechos y valores en psiquiatría: resumen de las intervenciones en el debate general. *Archivos de psiquiatría* 1999; supl 3: 3-4.