

FORUM

LO QUE LA EVALUACIÓN SILENCIA

Un caso urgente: El Autismo

ACTUALIDAD DEL FORO

Número 6, 8 de mayo de 2010

Editorial

En nuestro camino hacia el Foro, estamos teniendo la ocasión de conversar con múltiples profesionales de la Salud mental que se ven conminados diariamente a someter su tarea diagnóstica y de tratamiento al acto de rellenar cuestionarios, a seguir las indicaciones de protocolos, actos administrativos que les alejan de una clínica viva e inventiva, propicia al imprevisto y al enigma. Nuestros colegas perciben con preocupación la deshumanización que ello conlleva y, sobre todo, el desaliento que se crea entre los jóvenes practicantes a la hora de emprender sus investigaciones. Sin duda, la tan laureada Medicina Basada en el Evidencia tiene algo que ver en el asunto.

«El sujeto autista es aquel que rechaza uno de los valores más encumbrados en nuestra sociedad: la comunicación. Y al mismo tiempo, nos muestra con crudeza el aislamiento en el cual se sumergen cada vez más los individuos de la sociedad moderna. Es, como diría Lacan, un signo del impasse de ese ideal de comunicación y demuestra el proceso de segregación en ciernes que se esconde detrás de intenciones que parecen loables. Sin embargo, la función de enigma del autismo se mantiene y es eso lo que el psicoanálisis pretende mantener haciendo valer su función de síntoma. De alguna manera, el autismo ocupa ahora el lugar de interrogación que la locura mantuvo durante siglos...» (1)

(1) Entrevista a Jean-Pierre Rouillon por Luc García en *L'Epoque Freudienne*, Liaisons écrites de l'Association des Psychologues Freudiens, nº19, 20/12/2007.

Carmen Cuñat

Por la comisión de organización

Las paradojas de la evidencia científica: evidencias que no tan evidentes

por José R. Ubieta*

La propuesta de celebración de un Foro sobre el Autismo (1) es sin duda una excelente oportunidad para poner de manifiesto lo que los psicoanalistas, cuando saben ser dóciles a las enseñanzas de la clínica de los sujetos autistas, pueden aprender y transmitir. Una oportunidad, en estos momentos en que hay una sensibilidad social sobre el tema, para mostrar su práctica y las de las instituciones que, orientadas por el psicoanálisis, llevan varias décadas en nuestro país ocupándose de esos sujetos y trabajando con sus familias y con otros profesionales de las redes asistenciales.

Es además necesario por cuanto ese trabajo continuado, del que existen numerosas publicaciones, jornadas científicas y proyectos que lo atestiguan, está siendo hoy puesto en cuestión en base a argumentos descalificatorios basados en una supuesta ausencia de “evidencias científicas” en las aportaciones del psicoanálisis, desconociendo así su especificidad.

Hoy no hay un solo programa asistencial que no ponga de manifiesto la exigencia de “evidencias científicas” para las técnicas de tratamiento admitidas. De hecho el sintagma “evidencias científicas” se ha convertido en una especie de contraseña necesaria para la financiación del proyecto asistencial pero cuya demostración resulta prescindible en muchas ocasiones. Parece más una práctica de consenso y de adhesión (habría el bando de las “evidencias científicas” y el de los otros) que la verificación de un requisito verdaderamente deducido del método científico.

Veamos algunas de esas supuestas *evidencias*:

1. La primera paradoja la encontramos en el término mismo de Evidencias, “falsa” traducción del término inglés *Evidence* que habría que traducir más bien como prueba. De hecho la EBM, Medicina Basada en la Evidencia, origen de este sintagma, toma su apoyo en la medicina científica moderna, que nace a finales del XIX amparándose en la obra de Claude Bernard. Él sostenía la determinación de los fenómenos biológicos y la importancia de que el investigador encontrase la causa cierta, necesaria y suficiente. Rechazaba la estadística porque “sólo puede dar probabilidades, no certidumbres”. Este modelo, determinista y monocausal, se consolidó con el descubrimiento de los agentes microbianos en la segunda mitad del Siglo XIX.

Después se comprobó el simplismo del modelo ya que si bien el agente microbiano es necesario, no es suficiente, hacen falta otros factores (sociales, fisiológicos, nutricios,..) los cuales

no siempre tienen un valor exclusivamente biológico. Constatar que hace falta más de un factor llevó al modelo multicausal o multifactorial: un factor será causa de enfermedad si en su presencia aumenta la posibilidad de enfermar o el riesgo. Por eso se habla de factor de riesgo más que de causa. Teniendo en cuenta además que los factores que deben estar presentes para constituir causa suficiente no son exclusivos de una única enfermedad.

Esta nueva complejidad que surge sólo es analizable mediante el razonamiento probabilístico. Encontramos aquí el origen del método epidemiológico que emerge como un nuevo paradigma en medicina: ya que la certidumbre no es alcanzable, sólo existe el conocimiento probable.

Y en eso estamos hoy, en la EBM (*Evidence Based Medicine*) que busca datos objetivos y pruebas de evidencia científica: las investigaciones habrán de ser validadas en un proceso llamado investigación clínica. A eso se refería Prigogine, cuando hablaba del final de las certezas. La EBM nace en los años 90 como consecuencia de la crisis del conocimiento científico como fuente de certeza. Busca la evidencia para obtener el mejor tratamiento(2). Por tanto la única aproximación válida a la causa de la enfermedad es la probabilística.

Expertos en bioética como Marc A. Broggi señalan los límites de una EBM no inclusiva de todas las formas rigurosas de investigación, opinión experta y experiencia. La estadística borra los signos del sujeto allí donde emerge en cualquiera de sus formas sintomáticas: vacilación, lapsus, negación, deseo. Broggi indica cómo procede verificar la interpretación (de los cuestionarios) antes de basarse en ella.

Que la investigación tenga pendiente de perfeccionar modos de aproximación a la subjetividad del paciente, no hace que por ello lo subjetivo esté menos presente en el proceso de enfermar ni en el de curar.

El desplazamiento de prueba a evidencia no es pues inocente, sugiere certeza donde sólo hay probabilidad. El RAE (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española) define *evidencia* como “certeza clara, manifiesta y tan perceptible, que nadie puede racionalmente dudar de ella” mientras que *prueba*, que admite más de 20 significados diferentes, tiene un uso referido a un grado mucho menor de certeza: “indicios, signos, datos, pruebas, hechos indicativos o datos sugestivos”.

¿Podemos hablar hoy de certeza, y por tanto de evidencia, para referirnos al ámbito de la subjetividad en cualquiera de sus manifestaciones, patológicas o no? Incluso ¿es la “verdad”

objeto de la ciencia o es la verosimilitud de las explicaciones que damos acerca de la realidad? Todo apunta a que las tendencias actuales de la ciencia conducen más bien a conceptos “blandos”: la incertidumbre y la indecibilidad a partir de las aportaciones de Heisenberg sobre las relaciones de incertidumbre, donde se afirma que la precisión con que se puede medir simultáneamente la posición y velocidad de un elemento material es necesariamente inferior a cierto umbral. O del propio Gödel que plantea que toda teoría, por más rica que sea su axiomática, conduce necesariamente a proposiciones “indecidibles”: no es posible demostrar ni que sean verdaderas ni que sean falsas. Lo mismo ocurre en las investigaciones serias sobre genética o neurociencias.

Estos agujeros en el saber científico no dejan de recordarnos la condición del discurso como ficciones que tratan de reducir lo real a partir de hipótesis planteadas por el investigador.

Miren, si no, lo que dice la senadora señora Aleixandre i Cerrarols en su intervención del pasado 7 de octubre de 2009, a propósito de la propuesta de un Plan nacional sobre el Autismo: *“Sin embargo, tanto en el autismo como en los demás trastornos generalizados del desarrollo, el diagnóstico y la intervención temprana es sumamente difícil al no tener ninguna prueba diagnóstica ni bioquímica ni por su propia imagen, todo ello, agravado por la circunstancia de que los síntomas que presentan los niños a los dos años, por ejemplo, son muy distintos de los que presentan a los cuatro; por tanto, los criterios diagnósticos deben ser utilizados por expertos para que se produzca al final la adecuada intervención.”*

2. Una segunda paradoja la encontramos en el hecho que si bien no parece que estas afirmaciones sean testimonio claro y manifiesto de la existencia de certeza alguna al respecto, eso no es óbice para la recomendación clara de implementación de técnicas cognitivo-conductuales avaladas por “evidencias científicas”. O como ocurre en el caso de la psicofarmacología, cuando se están destinando fondos importantes para la prescripción de fármacos cuyas evidencias están aún por demostrar. Es el caso de los llamados antipsicóticos de segunda generación, prescritos masivamente y que suponen un gasto considerable a la sanidad pública. Los estudios Catie y CUtLASS han demostrado que no aportan ninguna mejora significativa respecto a los fármacos ya existentes y que sus supuestas mejoras son falsas o sobrevaloradas.

Como señalaba un editorial del *British Journal of Psychiatry*, después de años de campañas de la industria farmacéutica, la evidencia en la cual basan su práctica los profesionales de los países con ingresos bajos y medios está menos sesgada que la de los profesionales de los países de altos ingresos.

3. La tercera paradoja hace referencia a los métodos de investigación, a partir de los cuales se fundamentan las evidencias científicas y los tratamientos que las alcanzan. De las cinco estrategias básicas: casos únicos, series o cohortes, pruebas abiertas sin grupo control, estudios controlados y aleatorizados (EAC) y metaanálisis, son las dos últimas las que se utilizan como referencias. El problema con ellas es doble: por lo que hace a los ECA hay una dificultad evidente en aplicarse en tratamientos reales (sobre todo en patologías graves como sería el autismo) por lo que la muestra es sustituida por supuestos simplificados que no cumplen los criterios de comparabilidad exigidos por los mismos investigadores (eso sin tomar en cuenta las implicaciones éticas que supone excluir la asistencia para preservar la investigación). La otra estrategia, la más valorada, son los metaanálisis que reducen las medias de resultados a un índice común y permite así la acumulación de diversos estudios. Como mostró el realizado por el INSERM a propósito de las psicoterapias en Francia, los sesgos son habituales, excluyendo del análisis aquellos estudios que contradicen los a priori del investigador. No es un único caso, por supuesto. Desde hace tiempo son conocidos los fraudes como el llamado fenómeno Darsee y el Efecto Utah, así como la relación probada en múltiples ocasiones entre la industria farmacéutica y las “revistas de impacto” y los artículos con FI (Factor de Impacto).

4. Otra paradoja podemos situarla en relación a la efectividad de esas evidencias científicas. Muchos de los estudios remiten la validez de sus resultados a un corto plazo de seguimiento posterior. En general se considera que dos años es un plazo suficiente para verificar el éxito terapéutico. Las recaídas, a partir de allí, son “evitadas” mediante eufemismos del tipo “perturbación residual” o alegando la existencia de comorbilidad para justificar la aparición de otras manifestaciones sintomáticas.

Cualquier profesional que haya trabajado con niños autistas sabe de la absurdidad de utilizar sistemas simplistas y plazos breves para verificar los efectos terapéuticos duraderos.

En este sentido es significativo el primer informe de evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (ESMSNS) recién publicado. La citada ESMSNS es un plan nacional basado en la implementación de tratamientos basados en “evidencias científicas” con exclusión explícita de cualquier otra estrategia terapéutica y con un sesgo evidente en todo lo relacionado a la investigación. Pues bien, como sus propios redactores confiesan, el resultado es moderado (?) puesto que de 44 objetivos específicos, tan sólo 5 han conseguido la valoración de “conseguidos”, mientras que la gran mayoría se sitúan en el nivel de “objetivo iniciado” (14) o “parcialmente conseguido” (23). Quizás por ello han decidido que a partir de ahora las evaluaciones se realizarán cada cuatro años en lugar de cada dos.

5. Finalmente, podemos considerar una última paradoja respecto al uso de estas terapias basadas en las evidencias científicas. Es sabido, y constatable en las practicas asistenciales, la distancia entre los modelos propuestos por las guías de práctica clínica y las recomendaciones de buena práctica y las actuaciones reales de los clínicos. Frente a lo real del autismo y de otras patologías, los profesionales, incluso aquellos que confían en esas “buenas prácticas” muchas veces no las implementan por su rigidez (proliferación de cuestionarios y protocolos), su inadecuación o simplemente porque no consiguen la vinculación necesaria con el sujeto al que se dirigen (boicot e incumplimiento terapéutico). “En casa del herrero, cuchillo de palo” que dicen los castizos o dicho de otra manera: el método clínico no es reducible ni equivalente al método experimental.

¿Cómo explicar entonces el éxito de estas técnicas basadas en las “evidencias científicas”? Sin duda es una conjunción de factores que muestran como el (mal) uso que han hecho del paradigma de la medicina científica moderna les mantiene a cubierto de cualquier crítica de charlatanería o pseudociencia, cuando efectivamente se trata de un ejercicio de poder, revestido de cientificismo, en los diversos ámbitos: académico, profesional e institucional. Los fieles y ortodoxos psi, adeptos de la EBM, no se conforman sólo con promover un conjunto de técnicas y una metodología sino que pretenden “arrogarse la condición de paradigma capaz de resolver todas las viejas discusiones de la psiquiatría”, tarea para la cual encuentran firmes alianzas en la industria farmacéutica, la tecnocracia y las TCC.

La destitución subjetiva que implica el devenir de la medicina científica, encuentra su lógica en la acción sobre el organismo humano pero resulta ineficaz cuando se trata del sujeto, como ser hablante, y de su ámbito de acción. En esa transferencia que las TCC practican de un ámbito a otro, encuentran su “éxito” al precio de “hacer la economía del sujeto”, lo que les permite postular la posibilidad universal de las curaciones, ignorada la opacidad del síntoma y la intencionalidad.

Hoy vemos como la mayor parte de la psiquiatría, una buena parte de la psicología y por supuesto las neurociencias, aspiran a definirse como ciencias de la conducta, excluyendo de su objeto al sujeto mismo. Esa operación exige un cifrado absoluto de los procedimientos, las pruebas diagnósticas, los efectos de la terapéutica(3), los resultados de los programas. Cifrado que podemos considerar necesario y adecuado en algunas prácticas médicas, en todo lo referido a la terapéutica[1], ya que constituyen su esencia misma(4), pero resulta falaz y ridículo cuando se trata de tomar la medida exacta de esa parte del sujeto que no es, ni puede serlo, cifrable, si bien tampoco es inefable.

Es un deber, por tanto, del psicoanálisis y de sus practicantes no dejar el tratamiento de ese real, causa de sufrimiento y punto ciego de las neurociencias, en manos de los charlatanes, sean éstos deudores de la religión tradicional o de esa versión ingenua que pretende un regreso a la animalidad o al maquinismo artificial. Sabemos que el goce no es erradicable, que no se trata de eliminar, ajustar o adaptar esa disruptividad conductual, propia del ser hablante, sino más bien constatar la modalidad de goce singular a cada cual –presente en el *sinthome*- y como señala Jacques-Alain Miller, tratar de sellar una nueva alianza con ella, que permita un nuevo uso, más útil para el sujeto.

Notas:

* Psicoanalista miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

(1) Propuesta del Consejo de la ELP para la realización de un Foro sobre el Autismo para la primavera del 2010.

(2) A ella se contraponen la “Medicina Centrada en el Paciente” en la que la participación del paciente en la toma de decisiones es crucial.

(3) El psicoanálisis no excluye la terapéutica pero no se reduce a ella. La toma por su efecto limitativo respecto al trayecto que un sujeto puede realizar en la experiencia analítica.

(4) La medicina no puede ejercerse sino es sobre el fondo de una cierta desobjetivación para operar mejor sobre el cuerpo tomado como objeto.

Referencias bibliográficas

AAVV, *Evidència o Evidències científiques i bones pràctiques: parlem-ne*. FCCSM, 2009. Barcelona.

Bernard C., *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Editorial Fontanella, 1976. Barcelona.

Broggi Trias M., “[Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica](#)”, en *Medicina clínica*, ISSN 0025-7753, [Vol. 121, N.º. 18, 2003](#). Págs. 705-709.

Coccoz, V., “La vulnerable defensa del autista”, en *El Psicoanálisis lacaniano en España. Blog de la ELP*: [www.blogelp.com](#). 2009.

Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.

Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1992 Nov 4;268 (17):2420-5. 2009.

García-Valdecasas, J. Et alt., “De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno”, en *Revista de la AEN*, vol. XXIX, nº 104, 2009. Págs. 405-421.

Laurent, E. *Lost in Cognition. El lugar de la pérdida en la cognición*, Diva, 2005. Buenos Aires.

Leguil, F., “La médecine et la science: comment compter avec le sujet?”, en *Ornicar? Digital* nº 304. 2007 [consultable online en <http://www.wapol.org>].

Marti, C. Et alt. “Calidad de vida relacionada con la salud, su lugar en la práctica clínica: lo subjetivo en la evidencia”, CIBERER unidad 747, ISCIII, Barcelona. Consultable online en: <https://sites.google.com/site/psicoanalisisigloxxi/>.

Miller, J.-A., “La respuesta del psicoanálisis a la terapia cognitivo-comportamental” en *Colofón* núm 26. 2007. FIBCF, Valencia. Págs. 7-10,

Miller, J.-A., Curso “Cosas de finura en psicoanálisis”, clase del 1 de abril de 2009 [consultable online en <http://www.wapol.org>].

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.

Prigogine Y. *The end of certainty : Time, chaos and the new laws of nature*. The Free Press, New York, 1997.

Senado-Pleno del 7 de Octubre de 2009. Consultable online en: www.senado.es/legis9/plenos/ds_20091007_33.html.

Tizón, J. en AAVV., *Evidència o Evidències científiques i bones pràctiques: parlem-ne*. FCCSM, 2009, Barcelona.

Ubieto, J.R., "¿Es posible una ciencia de la conducta?". 2008. [Consultable online en: <https://sites.google.com/site/psicoanalisisigloxxi/>].

-- Texto disponible en <http://www.foroautismo.com/eval.htm> --

Sobre la medicina basada en la evidencia

Por Germán E. Berrios*

Me gustaría agradecer a psicoevidencias la posibilidad de escribir esta editorial. «La medicina basada en la evidencia» (MBE) es un área en la que he trabajado durante años. La MBE aunque de buena voluntad y aparentemente de forma inocente se ha convertido en una trampa destructora de confianza y precisa una crítica seria antes de ser adoptada por los países en desarrollo. El daño causado por la MBE a la práctica de la psiquiatría en un mundo en desarrollo podría ser irreparable.

Desde que la MBE entró en escena, su propio concepto ha sido objeto de análisis. Aunque adoptada sin reservas por aquellos que creen que para ser científica, y por lo tanto ética, la práctica clínica, debe gobernarse exclusivamente por guías clínicas; desde las perspectivas etimológica y semántica el estudio demuestra que el significante «evidencia» remite a un significado ambiguo, convirtiéndola en una moda confusa y confundente.

Esta crítica es útil pero no suficiente. El talón de Aquiles de la MBE es más profundo y ubicuo, ligado al concepto de ciencia como tráfico de información y asociado con la subcultura del comercio que ha sido su motor desde el principio. No es sólo que la MEB afecte negativamente la calidad de la relación clínico-paciente sino que la reduce a una táctica neocapitalista para hacer negocios.

Las raíces del problema

Existe poca «evidencia» disponible que demuestre que la medicina regida por los principios de la evidencia tenga ventajas estadísticamente significativas sobre el sistema previo

al que pretende sustituir, aquel llamado basado en la experiencia médica, la autoridad, y el efecto placebo generado en el seno de la relación clínico- paciente. Después de todo, la «evidencia» solo se podría obtener con «un ensayo clínico» que comparase los dos sistemas y la mayoría de los estudiosos consideran que dicho ensayo sería prácticamente imposible de llevar a cabo. Nos enfrentamos con una situación paradójica en la que se les pide a los clínicos que acepten un cambio radical en la forma en que se desarrolla su labor, (ej. abandonar los sabios consejos de su propia experiencia y seguir los dictados de datos estadísticos impersonales). Por tanto las bases actuales de la «evidencia» no son otras que lo que dicen los estadísticos, los teóricos, los gestores, las empresas (como el instituto Cochrane) y los inversores capitalistas, que son precisamente aquellos que dicen donde se pone el dinero.

La verdad sobre el término «evidencia»

Entre las críticas previas está el hecho de que los significados múltiples del término «evidencia» convierten a la MEB en algo complejo de trabajar. Su estudio es como un paquete que es preciso desliar. En Inglés «evidencia» posee dos significados centrales. El uso «ontológico» (el más antiguo) remite a «Energeia», uno de los términos griegos utilizados para referirse a «Verdad» y ‘objetividad’. «Energeia» hacía referencia a aquellas situaciones donde un objeto se presenta de forma plena y ostensible a la percepción del observador. Dada la metafísica de la percepción predominante en esa época, esto significaba un contacto «físico» entre el objeto y la persona, constituyendo una evidencia primaria y no mediatizada de la existencia del objeto en cuestión.

El segundo significado en Inglés es epistemológico y se relaciona con las «razones para creer» en algo. Es decir, lo que realmente constituye «tener bases para decir esto y esto...», nunca ha sido parte de la «definición» de evidencia. La razón es obvia: a través de la historia las causas han sido negociadas y han dependido de la moda epistemológica de la época. De modo que, en relación a su etimología no es tanto que el término “evidencia” sea confuso, sino que su correcta aplicación requiere un aparato epistemológico cuya especificación varía a lo largo de los años.

Esto es aplicable en algunos contextos (ej. un tribunal de justicia), donde el uso epistemológico se basa en un significado ontológico putativo (el hecho de que un testigo vea a «X» realizando una acción puede llevarse al campo de la evidencia y creer que «X» es un asesino’). En el caso de la MBE esto no se asume. Las razones necesarias para creer que el tratamiento T funciona (uso epistemológico) no se basa en ninguna percepción objetiva

(significado ontológico) sino en un juego de manos numérico. Por ejemplo, cuando se alcanza un nivel de significación estadística (digamos 5%) que se ha elegido de forma arbitraria, este hecho se convierte en un «objeto» definido como real o verdadero.

El talón de Aquiles de la MEB

Para lidiar con estas dificultades es necesario tener suficiente información sobre la historia de la MEB. Comenzó en la década de 1920 cuando la vieja definición de «objetividad científica» (basada en la corriente filosófica liderada por Bacon en el siglo XVII y por el positivismo de Comt en el siglo XIX) entró en crisis. Ambas corrientes se basaron en distintas formas de inductivismo y experimentalismo, e.j. las dos plantean que la naturaleza puede ser preguntada o incluso engañada para dar respuestas - Galileo, Newton, y el movimiento de la ilustración al completo apoyaron esta tendencia. Finalmente, en la década de 1840, John Stuart Mill concretó todos estos aspectos en un texto inductivista que enumeró las leyes de la lógica por las que podría obtenerse el conocimiento general a partir del estudio de una muestra. En realidad, lo que Mill hizo fue redefinir la forma en que la mente de cualquier experto (bien sea médico, fontanero, abogado o ingeniero) funciona para extraer ‘información general’ de su experiencia.

A finales del siglo XIX, todo lo que Mill desarrolló comenzó a ser atacado. Para la nueva filosofía de la ciencia (desarrollada por Frege, Russell, etc.) la idea de que el conocimiento pudiera basarse en la «experiencia» personal (concepto psicológico) resultaba imposible, en su lugar proponía que la lógica y las matemáticas fueran los nuevos cimientos del conocimiento. Esto marcó el final del «psicologismo» y el positivismo de Comt y condujo directamente al desarrollo del positivismo lógico del círculo de Viena, que sustentó la idea de que una conclusión solo es verdad cuando puede ser «verificada», es decir el verdadero valor está en el conjunto de operaciones específicas que permiten realizar dicha verificación.

Pronto quedó claro que las «verificaciones operativas sistemáticas» eran impracticables y obligó a introducir modificaciones para poder hacerlas factibles mediante definiciones más suaves de ‘verdad, prueba y conocimiento’. Surgió una nueva oportunidad con el desarrollo de las técnicas estadísticas, la mayoría de las cuales fueron desarrolladas en Inglaterra por hombres como Fisher, Pearson, y Kendall. Lo que dio en llamarse ‘revolución probabilística’ describe la importación del pensamiento probabilístico a la biología y las ciencias sociales. El cambio vino apoyado por la crisis del paradigma newtoniano donde el tiempo y el espacio eran consideradas dimensiones fijas y objetivas. A partir de los trabajos de Einstein, Heisenberg y Gödel la definición de realidad necesitaba ser corregida o completada por la perspectiva del observador o

por la información que no estaba contenida en dichas definiciones. Al final de este periodo la «objetividad» y la «verdad» habían sido redefinidas como «conceptos probabilísticos» capturables mediante análisis estadístico y determinadas por un (arbitrario) nivel de «significancia» estadística.

La probabilidad llega a la Psiquiatría

Las propuestas probabilísticas fueron rápidamente aceptadas por todos sin apreciar las importantes repercusiones epistemológicas y éticas que iba a tener este cambio en el *Weltanschauung* científico. Una consecuencia inmediata de este cambio fue que los derechos y deberes epistemológicos fundamentales (el sentido de la responsabilidad que todo ‘científico’ debe tener en relación con sus narrativas) fueron anulados. De alguna manera, el conocimiento ahora estaba determinado por mecanismos matemáticos impersonales, era neutro, y la ciencia se constituía como el único generador de conocimiento. La experiencia personal y la sabiduría, el noble concepto de *de Sophia* se obviaba por ser considerada como un fuente de sesgo y distorsión de la verdad.

Primero la probabilidad llegó a las ciencias naturales básicas, y posteriormente alcanzó a la medicina y a las disciplinas sociales y humanas tras la Segunda Guerra Mundial. La psiquiatría se resistió hasta la década de los 60 pero a través del caballo de Troya de los ensayos clínicos con fármacos se permitió la entrada del análisis estadístico. Recuerdo vividamente que este cambio sucedió mientras que yo era ayudante del Profesor Max Hamilton de la Universidad de Leeds, el hombre que introdujo la estadística médica en la psiquiatría. Inicialmente, dicho análisis fue solamente utilizado para los ensayos con fármacos y la mayoría de los psiquiatras eran lo suficientemente sensatos para creer que una vez los resultados del ensayo eran obtenidos, *Sophia* (sabiduría) y *Empeiria* (experiencia) tomaban el timón y el psiquiatra podía negociar libremente en la intimidad de la relación médico-paciente lo que era mejor para esa persona.

El nacimiento de la MEB

Pero como sucede siempre, ganó la codicia. Los grupos de investigación y las Instituciones que originalmente se habían creado para recopilar información sobre ensayos clínicos en cáncer creyeron que su actividad podía extenderse a todas las áreas de la medicina incluida la psiquiatría. Para hacer esto se necesitaba una nueva «justificación filosófica». El Meta-análisis, una técnica estadística vieja y débil fue elegido como el mejor candidato para ser el «patrón ideal» y toda su debilidad matemática y estadística fue minimizada al compararse con

su maravillosa capacidad de síntesis. La palabra mágica «evidencia» fue desempolvada e importada a la medicina con un desinterés escandaloso por su significado y su utilidad, y la medicina `basada en la evidencia ´ nació como una justificación conceptual *post-hoc* para el nuevo negocio de crear y vender información clínica.

No resulta sorprendente que la industria farmacéutica apoyara estas maniobras ya que pronto advirtieron que las drogas que pudieran «pasar» el examen del metanálisis adquirirían una nueva fuerza legal y ética, particularmente si los gobiernos eran persuadidos sobre la cuestión de las guías de prescripción. Vieron claramente que dichas guías en la práctica destruirían la espontaneidad terapéutica de la psiquiatría y cambiaría el antiguo arte de prescribir, que pasaría de ser creativo y flexible a mecánico y uniformado. Finalmente ni siquiera requeriría que los prescriptores psiquiátricos estuvieran médicamente cualificados.

Resumiendo

Para resumir, las tonterías de, y el daño causado por, la MBE no se derivan de las ambigüedades semánticas de la palabra en cuestión ni del hecho de que la corte de filósofos que la construyeron no observaran sus peculiaridades históricas. Su problema deriva de una perversión epistemológica mucho más profunda, resultante de la cosificación del hecho de prescribir y cuidar de las personas que sufren un trastorno mental. Esta identificación está estrechamente relacionada con las demandas de una economía neo-capitalista que precisa abrir nuevos mercados y crear nuevas necesidades consumistas.

Para empezar, es una perversión epistemológica que se proponga una visión donde la actividad médica resulte inapropiada y perjudicial. Este punto de vista se relaciona con el verificacionismo, ya pasado de moda, y que es un abordaje epistemológico abandonado incluso por la física, madre de las ciencias naturales básicas. Dado que no se sabe casi nada de las causas del trastorno mental, la idea de que es posible crear un sistema de evaluación basado en etiologías especulativas es ridículo, peligroso y carente de ética. A través de la historia todos los tratamientos propuestos en psiquiatría parecen funcionar según la ley de los tercios de Black, (un tercio se recupera, un tercio se recupera parcialmente y otro no se recupera, un buen porcentaje del 66% en tasa de recuperación – lo mismo que conseguimos hoy en día) y aún hoy sabemos poco de la naturaleza y del papel del efecto placebo en estos resultados. Sería irresponsable ocultar todas estas dudas detrás de los meta-análisis y las técnicas relacionadas que tienen escasa sensibilidad matemática para detectar detalles en los niveles más bajos (e.j. al nivel en el que la gente toma realmente las pastillas).

También es una parodia epistemológica que se pide a los psiquiatras que acepten la MEB sin más evidencia que el chantaje moral creado por aquellos que afirman que las matemáticas son la forma más elevada de ciencia y por lo tanto que lo que es «matemáticamente demostrable» supera todo lo demás. Ningún defensor de la MBE ha explicado por qué nunca se ha diseñado un ensayo a gran escala para demostrar que prescribir y tomar decisiones basadas en la MEB es significativamente mejor que la toma de decisiones basadas en el conocimiento y en la experiencia de los médicos.

Es una perversión moral que para cuantificar, determinar los costes y gobernar la prescripción (que debería considerarse como un componente menor en la relación entre médico paciente) la MEB necesite implantar una modificación completa de la esencia de dicha relación incluidas las profundas negociaciones emocionales y la escurridiza respuesta placebo que contiene elementos inter-subjetivos. En este contexto «reificar» significa convertir las relaciones humanas en un objeto inanimado, o cosa, desinvistiéndola de todo dinamismo, valor personal y significado. Una vez estas relaciones humanas son reificadas no pueden explicar el cambio por sí mismas, y cualquier cambio que es medido por «estudios prospectivos» tiene que ser atribuido al ingrediente «activo» llámese fármaco en cuestión. Decir que los cambios están perfectamente manejados por el hecho de que los ensayos con fármacos están «controlados» y son «doble ciego» etc, etc, no es suficiente ya que las interacciones entre factores dinámicos y el efecto de la sustancia química puede ocurrir a un nivel no consciente y permanecer más allá del alcance del diseño controlado.

Puede incluso asegurarse que la «reificación» no es el producto del mal hacer de unos pocos filósofos de moda. Desde los escritos clásicos de Marx y Lukács se sabe que dichos cambios vienen de la profundidad del corazón del sistema económico prevalente en el mundo occidental. Considerar la salud como otro artículo de consumo que puede venderse y comprarse es una parte del proceso. Se ha vendido de forma inteligente al público. Tenemos el derecho a elegir cuando y donde comprar salud con nuestro propio dinero, como testigo de esto está el debate actual en Estados Unidos al intentar crearse un sistema nacional de salud gratuito y mínimamente general. El lenguaje en el que los servicios de salud se venden actualmente imita el lenguaje de los supermercados. Ya no existen pacientes sino «compradores de salud», los médicos venden salud y por lo tanto igual que un par de zapatos los productos deben venir bajo estrictas regulaciones y ser perfectos.

La ilusión de tener un supermercado de la salud ha destruido para siempre la relación medico-paciente. Se ha convertido en un contrato de negocios sujeto a toda la parafernalia legal de

una plaza de mercado y la prensa e Internet se han asegurado de que los «consumidores» de salud conocen sus derechos para conseguir el estado de salud perfecto. Partiendo de que la clínica siempre será un arte imperfecto, paralelamente se ha desarrollado una industria defensiva para proteger a los doctores que venden productos defectuosos aumentando con ello el abultado gasto que genera la salud. La MBE medra en este contexto porque vende «evidencia» para los abogados que trabajan tanto para los consumidores como para los vendedores de salud.

Y en medio de esta locura, donde todo el mundo quiere hacer negocio la vieja relación medico-paciente, y el paciente que sufre, han desaparecido para siempre. Eso es lo que realmente no está bien en la MEB.

* Profesor de la Universidad de Cambridge, UK.

-- Texto disponible en <http://www.foroautismo.com/eval.htm> --

APOYOS PÚBLICOS

Jorge Alemán

Psicoanalista y escritor

Julio Astudillo Pombo

Cirujano Torácico

Constantino Bertolo

Editor de Caballo de Troya

Lolita Bosch

Escritora

Yamandu Canosa

Pintor

Anabel Campo

Periodista

Luisa Casas

Profesora de Instituto y premio Fad 2009

Nora Catelli

Escritora y crítica literaria

Daniel de León

Pedagogo y director del Centre l'Alba (Centro de día y UME)

Miguel Vila Despujol

Profesión Ingeniero. Ex-director de ENDESA

Edgardo Dobry

Poeta

El Roto

Dibujante

Gonzalo Herralde

Director de cine

Juan Irigoyen

Sociólogo

Éric Laurent

Presidente de la Asociación Mundial de Psicoanálisis

Merçe Managuerra

Actriz y profesora del Institut del Teatre

Jaume Mascaró

Antropólogo

Jacques-Alain Miller

Director del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad París VIII

Judith Miller

Presidenta de la Fondation du Champ Freudien

Ana Moreno Garcés

Enfermera

Susana Narotsky

Catedrática de Antropología

Jorge Peteiro

Médico y Bioquímico

Enrique Ruiz Geli

Arquitecto

Karla Sandoval

Genetista

Christian Stephanoto

Astrónomo

Ignasi Terradas

Antropólogo

Laia Torrent

Bióloga

José Andrés Torres-Mora

Diputado por Málaga y sociólogo

Eugenio Trías

Filósofo

¡NOVEDAD!

Dossier del Forum

Lo que la evaluación silencia. Un caso urgente: el autismo

-- A la venta a partir de primeros de mayo --

Selección de textos disponibles en www.foroautismo.com:

- **El gran secreto de la ideología de la evaluación**, *Jean-Claude Milner*
 - **La cifra del autismo**, *Éric Laurent*
 - **A favor de otra mirada**, *Jacqueline Berger*
 - **Las paradojas de la evidencia científica: evidencias que no tan evidentes**, *José R. Ubieta*.
 - **Sobre la medicina basada en la evidencia**, *Germán E. Berrios*.
-

Dossier del Forum

Contenidos:

El gran secreto de la ideología de la evaluación, *Jean-Claude Milner*

Las paradojas de la “evidencia científica”: *evidencias* que no son tan evidentes,
José R. Ubieta

La cifra del autismo, *Eric Laurent*

A favor de otra mirada, *Jacqueline Berger*

¿Qué quiere decir ser autista?, *Elizabeth Escayola*

El enigma del autismo, *Vilma Coccoz*

Acerca de las prácticas normativizantes. Una segregación nueva: El síndrome de
Asperger, *Félix Rueda*

Tratamiento del autismo, *Elizabeth Escayola*

Sistemas aumentativos y alternativos de la comunicación en un marco teórico
psicoanalítico, *Gemma Barnés*

Extracto del informe de la Antenna 110

El tratamiento del niño autista, de Martín Egge, *Iván Ruiz*

Mapa de la situación actual del autismo, *Julio González*

Comparecencia en el Parlament de Catalunya de *la Associació Aprenem*

Resolución 280/VIII del Parlament de Catalunya sobre la detección precoz del
autismo

Extracto de la sesión del Pleno de las Cortes Generales del 7 de octubre de 2009

¡RESERVA TU PLAZA EN EL FORO! - Aforo limitado
Inscripciones abiertas

Participación: 20€

Ingreso en LA CAIXA: 2100-3359-11-2100644055 (España)

Número de IBAM: ES09 2100 3359 1121 0064 4055

Número switz: CAIXESBBXXX (resto de Europa)

BLOG del Foro abierto a tus aportaciones: <http://foroautismo.blogspot.com>

WEB del Foro con todas las actualizaciones: www.foroautismo.com

Comité de redacción: Carmen Cuñat, Iván Ruiz y José Ramón Ubieto

Barcelona, sábado 19 de junio de 2010 de 10 a 19 h, non-stop

Auditorium World Trade Center

El moll de Barcelona, s/n - Edificio Este 08039 Barcelona

Promueven:

**Asociación Mundial de Psicoanálisis
Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano
Instituto del Campo Freudiano en España
Campo Freudiano en Bélgica, Francia e Italia**

Apoyos al Forum e informaciones:

**foroautismo@gmail.com
Toda la actualidad de este Forum en:
<http://foroautismo.blogspot.com/>
www.foroautismo.com**

Participación: 20€ - Ingreso en LA CAIXA: 2100-3359-11-2100644055