

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

José R. Ubieto*

Abstract

El texto desarrolla una serie de paradojas alrededor del sintagma de las “evidencias científicas”. La estadística borra los signos del sujeto allí donde emerge en cualquiera de sus formas sintomáticas: vacilación, lapsus, negación, deseo. La destitución subjetiva que implica el devenir de la medicina científica, resulta ineficaz cuando se trata del sujeto, como ser hablante, y de su ámbito de acción. Postular la posibilidad universal de la curación, es ignorar la opacidad del síntoma.

Palabras clave: *evaluación, evidencia científica, método científico.*

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 reincidencias, 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 realizaran 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 terapéutica¹, 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° 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, n° 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 medicine et la science: comment compter avec le sujet?”, en *Ornicar? Digital* n° 304. 2007 [consultable online en <http://www.wapol.org>].

Martí, 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/>].