

EDITORIAL

Clínica y ciencia

I

Avatares de la cultura de los tiempos han tornado la tradicional confianza en la experiencia y en los sutiles procesos inductivos, fuentes tradicionales del conocimiento clínico, en fe en el experimento controlado. Y se exalta el método hipotético-deductivo como forma exclusiva de acceder a las verdades.

Pero convertir, sin más, la clínica en mera aplicación de tal proceder, no puede pretenderse sin renunciar a sus esencias: responder a un *ethos* tanto o más que a un *logos*; y aceptar una dosis tal de ambigüedad e incertidumbre que la hacen incompatible con las exigencias del guión del experimento científico. La clínica no es pues –no puede ser– una actividad científica *sensu stricto*. Bebe de sus fuentes, pero en su devenir no puede sino serle infiel: también la experiencia, la tradición y la sintonía con las ideas del momento (ideología, valores, creencias, prejuicios...) marcan las decisiones del clínico tanto o más que las aportaciones del saber científico. Aún en el modelo biomédico más al uso, muchas decisiones de los clínicos tienen escaso fundamento científico¹.

Pero el clínico no está del todo abandonado a su suerte. Asistimos hoy a una convergencia de procesos que auguran una razonable expectativa de consolidación científica de su proceder². Por un lado, la propia evolución de las premisas del método científico, que abandonando el determinismo radical, se interesa por los procesos estocásticos, donde el respeto al principio de indeterminación ayudará a cambiar las decisiones bajo incertidumbre en decisiones bajo riesgo, riesgo a compartir cada vez más con pacientes cada vez mejor informados. Además, el reconocimiento de que tanto el observador, con su mera presencia y su sesgo perceptivo, es una importante variable de todo experimento, permite aproximar cada vez más el contexto clínico al de la observación científica (a la postre, ha de reflejarse en rescatar la subjetividad como ingrediente del campo de observación y del método).

Por otro lado, el renovado interés de los clínicos por la dimensión científica de su actividad –que no quiere decir dedicar unas horas a la investigación estándar (ya sea en el laboratorio, ya con el ordenador), sino aceptar su papel en la cadena de producción del pensamiento científico–, refuerza el papel de la clínica: es ésta

¹ SKRABANEK, J. C.; MCCORMICK, J., *Sofismas y desatinos en medicina*, Barcelona, Doyma, 1992.
² SORINGLER, J. C., *¿Es la clínica una ciencia?*, Madrid, Díaz de Santos, 1993.

finalmente el banco de pruebas de la argumentación teórica, de la veracidad y factibilidad de los hallazgos experimentales, y de la adecuación de los modelos a criterios de realidad.

A falta de un método científico propio de la clínica, el clínico debe incorporar ciertas cualidades que le protejan de la arbitrariedad tanto como del seguidismo acrítico del científico... tales como una «prudente incredulidad de sus maestros» según recomendaba el propio Cajal, y cierta afición iconoclasta, cuidando en no suplantarse sin más viejos mitos por otros simplemente más modernos. Alimentar un sereno escepticismo crítico y creativo, podría ser una saludable actitud a este respecto.

II

Traigo a colación estas reflexiones al hilo de una serie de lecturas de artículos, aparecidos en los últimos meses, que a mi modo de ver animan el cultivo de esas cualidades y demuestran su vigencia. Se trata, en unos casos, de propuestas de incorporar a la clínica, sin reservas, hallazgos de la observación científica. En otros, por el contrario, se alerta acerca de las falacias producidas en un apresurado trasvase a la clínica de resultados de ensayos y diseños experimentales.

Así, Harding y Zahniser³ enfrentan siete mitos, siete, acerca de la esquizofrenia, que vienen justificando –sin fundamento científico– actitudes terapéuticas pesimistas y prácticas sesgadas. Frente a ellos, proponen, con moderado optimismo, y como consecuencia de la evidencia empírica acumulada, un cambio en la perspectiva que afecta al abordaje terapéutico (¿aún se puede seguir desconfiando de la psicoterapia para la esquizofrenia?), y en las expectativas del curso y del pronóstico (¿es necesariamente la esquizofrenia una enfermedad devastadora?... ¿no se puede dejar de ser esquizofrénico?). Siguiendo con la esquizofrenia, la norteamericana Nancy Andreasen, en un editorial⁴, detecta como endémica entre sus colegas lo que define como falacia ahistórica –ignorar el proceso histórico en la construcción de los conceptos, y de las ideas– que implica la asunción a su vez de falsas creencias por distintas vías, que vienen a equivaler a lo que los lógicos llamarían sofisma de la autoridad (la verdad se garantiza porque la proclama alguien con prestigio), sofisma de la novedad o de «todo el mundo lo dice», y la falacia de dar por sentado que el aumento de información significa un mejor conocimiento

³ HARDING, C. M., ZAHNISER, J. H. «Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment» *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 90, pp. 140-146.

⁴ ANDREASEN, N. C., «Changing concepts of schizophrenia and the ahistorical falacy», *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, pp. 1.405-1.407.

de los problemas. No deja de ser una agradable sorpresa leer en esas páginas la recomendación de que ni en la enseñanza ni en la investigación se mantengan como únicos criterios de referencia los del DSM IV («el mejor sistema nosológico hoy posible, pero no el Verdadero», sostiene) y su leve insinuación a no perder de vista la aportación de los clásicos.

El resto de animadores del espíritu crítico al que antes aludía, se la ven con las depresiones. Todos ellos en editoriales de revistas que bien pueden definirse como órganos de expresión de la cultura oficial de la psiquiatría internacional: Nina Schooler⁵ alerta sobre la falacia de la generalización de resultados parciales, o lo que es lo mismo, sobre la necesidad de distinguir entre eficacia y eficiencia: lo que se muestra eficaz en el ensayo clínico, con muestras muy sesgadas, puede estar lejos de ser eficiente en la práctica diaria, y recuerda que los resultados de los ensayos son un punto de referencia para la toma de decisiones, en las que la decisión es siempre muy personalizada. Más demoledores con el alegre optimismo acerca de la eficacia de los tratamientos antidepresivos son las aportaciones de John Rush⁶ y van Praag⁷. Ambos, desde posiciones poco sospechosas de criticismo rutinario, arremeten, con argumentos distintos, contra la complaciente autosuficiencia de los modelos al uso. Así, Rush pone en evidencia lo que suele denominarse falacia por sustitución: a falta de un seguimiento a largo plazo de los tratamientos, se dan por definitivos resultados que a las ocho semanas (pocos ensayos van más allá), significan una reducción al 50% de un listado de quejas sintomáticas de un cuestionario, mientras que una observación más cuidadosa nos dice que sólo el 25% del total son remisiones; y recuerda que estudios de seguimiento más prolongado confirman la persistencia de síntomas residuales, gran frecuentación de servicios y déficit funcionales importantes. Propone, en consecuencia, reconsiderar las perspectivas clínicas y de investigación, y recuperar el objetivo de ayudar a los pacientes por encima de las necesidades de ahorro (p. ej., reconsiderar la cobertura limitada en el tiempo de tratamiento de trastornos depresivos por las compañías aseguradoras, sustentada en la supuesta remisión rápida con los tratamientos).

Finalmente, los argumentos de van Praag, de más calado, se refieren a la necesidad de una reconsideración de los actuales criterios para la investigación con la premisa de que la perspectiva actual (criterios de objetividad y estandariza-

⁵ SCHOOLER, N. R., «Translating treatment research findings into clinical action», *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, pp. 1.719-1.721

⁶ RUSH, A. J., «Assessing outcome in practice: a paradigm Shift?», *Current Opinion Psychiatry*, 1996, 9, pp. 1-2.

⁷ VAN PRAAG, H. M., «Preocupaciones sobre la depresión», *European Psychiatry* (ed. esp.), 1996, 3, pp. 9-16.

ción a ultranza, inflacionista nosología categorial con grandes limitaciones en la aplicación clínica, fragilidad de los criterios de distinción malestar/trastorno llevada a sus extremos en la investigación epidemiológica y, sobre todo, el abandono de la subjetividad –del observador y del paciente–) conduce a un callejón sin salida. Propone recuperar la dimensión subjetiva de cara al diagnóstico, incorporar la perspectiva etiopatogénica a la nosología y, en consonancia, reconsiderar la actual horizontalidad de los síntomas, de modo que se recupere el interés en ponderar los síntomas según su particular significado en cada tipo de trastorno.

En fin, como medida de higiene de nuestra práctica, bien puede merecer la pena revisar cada cierto tiempo la consistencia de nuestras creencias, someter a prueba de falsación las hipótesis apriorísticamente aceptadas, y estar alerta ante las múltiples falacias en las que tan fácilmente podemos incurrir. La copulación de teoría, experimento y clínica debe proteger nuestra disciplina de los riesgos de generar modelos autistas (ya sean modelados psicobiológicos, ya metáforas de lo intrapsíquico) tanto como de convertir la praxis en una mera aplicación de algoritmos y protocolos.

De acuerdo de nuevo con Cajal, tengamos en cuenta que «tan peligroso es pensar sin observar, como observar sin pensar»... ¡tendremos que aplicarnos el cuento!

MARIANO HERNÁNDEZ