



Sobre la medicina basada en la evidencia: una réplica al Profesor Berríos

Francisco Javier Carrascoso López
FEA Psicología clínica. Área Hospitalaria "Reina Sofía"

Marzo 2011

“Karl Marx fue lo bastante sabio para negar que era marxista” (1)

Gilbert Ryle

“Idealismo o materialismo –ésta es una antítesis propia de espíritus poco limpios, una antítesis propia de espíritus cuya capacidad imaginativa no está a la altura ni de la Idea ni de la Materia. La dureza del mundo se vence con dureza, no con juegos de prestidigitación” (2)

Ernst Jünger

El artículo del profesor Berríos publicado como editorial en psicoevidencias.es el pasado 26 de febrero de 2010, no sólo ha constituido un hit dentro de los documentos de esta web con más de 2.000 visitas desde la fecha de su publicación, sino que ha sido visto por muchos como un escrito “anti-evidencia”, una interpretación más paradójica aún si cabe, teniendo en cuenta la trayectoria científica de su autor.

Una perspectiva crítica sobre la medicina basada en la evidencia

Sin embargo, yo no entiendo que este escrito sea una andanada “anti-evidencia”. Es más, no entiendo en base a qué se justifican los argumentos de quienes lo han calificado así. Desde mi punto de vista, el profesor Berríos lleva a cabo una crítica de la medicina basada en la evidencia (MBE) en la que pone de manifiesto sus ambigüedades semánticas y epistemológicas, pero muy especialmente, lo que voy a denominar a partir de ahora, la práctica ingenua de la MBE como un modelo de desarrollo y práctica profesional.

El nudo del argumento del profesor Berríos lo constituye el hecho de que la estadística, especialmente la empleada para la elaboración de revisiones sistemáticas (RS) y meta-análisis (MA) -los estándares de oro de la evidencia-, se haya transformado en el criterio último que

permite decidir la verdad de una afirmación. Las revisiones sistemáticas y los meta-análisis poseen escasa sensibilidad y especificidad para decidir sobre cuestiones metodológicas y especialmente, sobre las circunstancias que rodean la producción de un conjunto de datos. Dichas circunstancias de producción de datos, se refieren no sólo a factores internos del diseño de los estudios resumidos en las RS y los MA (metodología, reclutamiento, etc.), sino también a los intereses subyacentes a los estudios que se publican (económicos, de prestigio, sesgo editorial hacia los resultados positivos, etc.) y al contexto histórico, social y económico que gobierna las transacciones sociales que acaban por conformar qué es lo que se va a considerar como evidencia de calidad y lo que no. En otras palabras, me parece que lo que se está criticando es que en los tiempos que corren parece hacerse más cierto que nunca el viejo dicho de que la mujer del César no sólo debe serlo, sino que también debe parecerlo.

Pero es que, además, la práctica ingenua de la MBE, que considera como verdaderas y evidentes toda afirmación que haya sido matematizada a través de las técnicas estadísticas, socava el fundamento mismo de la práctica sanitaria: la relación profesional-paciente, en cuyo seno se negocia lo que le conviene a un paciente particular. Esta práctica ingenua de la MBE, basada en la aplicación de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos cerrados de tratamiento que se han probado eficaces en los ensayos clínicos aleatorizados, tiende a cosificar la relación médico-paciente al operacionalizarla exclusivamente desde el punto de vista de la prescripción (de un fármaco, de un plan de cuidados, de una prueba diagnóstica, de una psicoterapia, etc.), transformándola, como consecuencia lógica de este punto de vista ingenuo, en una aplicación mecánica de un árbol de decisión (auto) “evidente”. Además, la operacionalización de la relación médico-paciente desde la óptica exclusiva de la prescripción, reduce ésta con todas sus consecuencias, a una cuestión exclusiva de costes-beneficios. Esto conlleva el chantaje moral de que no primar el uso de lo mejor (en el sentido de “evidente”) y más barato, no es ético.

La radical (en el sentido de “desde la raíz”) argumentación del profesor Berrios me parece muy próxima en ciertos detalles al análisis antropológico de la investigación científica que realizaron hace tiempo Latour y Woolgar (1986). Este análisis que acabo de citar mostró que la actividad científica, lejos de constituir una práctica esotérica y extraña al sentido común, como éste mismo, está sometida al devenir histórico de modas y tendencias conceptuales y epistemológicas, al contexto y a las circunstancias en la que se desarrolla. Así, el viejo sueño de Russell, Whitehead y otros de encontrar sistemas formales completos en los que no cabe el psicologismo (esto es, el científico como persona) se muestra como una quimera de la razón. Es

tentador además, y por cierto nada extraño ni desencaminado, encontrar paralelos aquí con los olvidados análisis que realizó Skinner sobre el comportamiento del científico (Skinner, 1957).

En resumidas cuentas, lo que estoy llamando práctica ingenua de la MBE tiende a obviar el hecho de que una afirmación científica tiende a ser reificada, es decir, transformada en un objeto o cosa (como un PC, un automóvil o un pino) en cuanto son obviadas o ignoradas las circunstancias históricas, políticas, económicas, sociales e inmediatas que rodean la producción de un hecho científico. Y en cuanto una afirmación científica es reificada o cosificada, se transforma en una mercancía lista para ocupar su lugar en los estantes de un hipermercado. No me extenderé por razones de espacio en citar múltiples ejemplos de esta última afirmación. Baste decir, cómo, paradójicamente, los tratamientos psicológicos iniciaron una febril carrera hacia su validación empírica cuando, ante las pruebas acumuladas sobre la eficacia de la farmacoterapia a principios de la década de los noventa del pasado siglo, estuvieron a punto de ser barridos de la cartera de servicios de las compañías estadounidenses de seguros de salud. La reacción resultante fue la aparición en 1993 de los criterios de la Comisión Chambless y su famoso listado de tratamientos psicológicos empíricamente validados y su posterior publicación (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

La crítica a los fundamentos históricos, semánticos y epistemológicos del término “evidencia” (y de la MBE) realizada por el profesor Berrios, así como su breve análisis sobre la locura reinante en el actual mercado de la información sanitaria y de la salud, me parece muy pertinente y oportuna en el actual contexto, donde “ciencia” se confunde con “tecnociencia” (esto es, desarrollo tecnológico) y “mejor”, es en muchos casos un mero sinónimo de “más actual”, de “mayor índice de impacto”, o de “estadística inferencial” (a ser posible aplicando el SPSS) entendido este último significante como el máximo exponente del carácter científico de un conjunto de datos o de una recomendación basada en ellos.

Sin embargo, por muy pertinente que pueda parecerme el artículo del profesor Berrios, es una obra humana, y por tanto tiene su punto débil. El punto débil que le encuentro al artículo que estoy comentando, es que el profesor Berrios no propone ninguna posible alternativa viable que pueda oponerse para intentar contrarrestar o neutralizar lo máximo posible los efectos perniciosos de los puntos débiles que critica a la concepción ingenua de la MBE y que, al mismo tiempo, haga justicia a la relación profesional-paciente ya no sólo como fundamento mismo de

la práctica sanitaria, sino también, añadido, como medio donde tiene lugar un cambio terapéutico (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Una alternativa contextual a las debilidades de la MBE

Una alternativa viable a las debilidades señaladas por el profesor Berrios a la MBE puede ser propuesta. Esta alternativa debe ser doble: por un lado debe conceptuarse de forma alternativa qué es el conocimiento, y por otra parte, debe pasarse de un modelo de evaluación de tecnologías de cambio conductual basado en los resultados donde predomina la información sobre la eficacia, a un modelo de proceso donde se tengan en cuenta múltiples fuentes de información.

En primer lugar, cabe preguntarse qué es el conocimiento, pregunta que guarda relación con la naturaleza de la famosa evidencia. No cabe cosificar, como se ha hecho, al conocimiento científico como EL CONOCIMIENTO por excelencia, máxime cuando el conocimiento científico es confundido con la tecnociencia. Esto no es más que una consecuencia epistemológica de la descontextualización del conocimiento legitimada por las filosofías de corte dualista y mentalista.

Como respuesta alternativa a esta pregunta, creo que es útil y epistemológicamente razonable, distinguir entre conocimiento como producto (gráficos, datos, artículos, etc.), y conocimiento como actos relacionales en contexto, es decir, como modos de conocimiento. Modos de conocimiento es una expresión que se refiere a formas especiales de proceder en la formulación, sistematización y validación de conceptos. Aquí me interesan especialmente los modos de conocimiento dado que estoy enfatizando la importancia de los contextos en los que tienen lugar las actividades de producción del conocimiento. De este modo, y como función de variables contextuales, distingo entre tres modos de conocimiento: a) el científico, b) el tecnológico, y c) el práctico (Carrascoso López, 1998).

El modo de conocimiento científico se interesa por lo abstracto, lo general, y caracteriza sus modos de proceder y sus productos de conocimiento como enunciados que permiten describir una amplia generalidad de eventos. No está interesado por particularidades, sino por relaciones entre variables de amplia aplicabilidad. La descripción y la comprensión constituyen sus objetivos principales.

El modo de conocimiento tecnológico se caracteriza por su interés en la eficacia promedio de procedimientos sintetizados en base a los productos del modo de conocimiento científico. Por ello es de carácter eminentemente sintético, y sus principales objetivos los constituyen la predicción y la influencia (o control) de eventos.

El modo de conocimiento práctico (por ejemplo, la práctica clínica habitual) se centra en lo individual, lo único e irrepetible, procediendo a menudo de un modo relativamente estereotipado al concentrarse sobre las circunstancias concretas en que tienen lugar un conjunto irrepetible de eventos. Su objetivo último lo constituye la modificación de dichas circunstancias.

Cada uno de estos modos de conocimiento es relativamente autónomo e independiente de los demás, en el triple sentido de que a) se ocupan de universos de distinta generalidad conceptual y empírica, b) son una función de intereses y criterios sociales distintos, y c) poseen sus propios criterios de validación respecto a lo que es útil y verdadero. Los tres modos de conocimiento no constituyen ámbitos aislados, sino que pueden interactuar entre sí continuamente, planteándose los unos a los otros límites a sus universos de generalidad empírica y conceptual y preguntas relevantes para investigar. Esto es lo que se conoce como un modelo de influencia mutua (Hayes, 1998). Los tres modos de conocimiento pueden compartir funcionalmente las mismas metas de trabajo: describir, comprender, predecir e influenciar un conjunto de eventos. Sin embargo, los contextos que los gobiernan hacen que se enfatice una u otra de estas metas según qué modo de conocimiento esté siendo practicado. Adicionalmente, esta concepción de los modos de conocimiento como actos relacionales en contexto tiene la ventaja de que evita descontextualizar los actos mismos de producción de conocimiento, por lo que, como consecuencia, ningún modo de conocimiento es necesariamente más importante que los demás.

En segundo lugar, esta concepción contextual del conocimiento como actos relacionales tiene implicaciones para la evaluación de tecnologías, en nuestro caso, tratamientos. Una consecuencia de este punto de vista es que el proceso de validación de un tratamiento debe tener en cuenta múltiples fuentes de información. Una propuesta en este sentido está ya disponible (Carrascoso López y Valdivia Salas, 2007). Esta propuesta de criterios alternativos de validación de un tratamiento tiene tres peculiaridades importantes:

a) Se reconoce la enorme complejidad del proceso de validación de un tratamiento, formalizando seis conjuntos de criterios que permiten contemplar multitud de fuentes de información: criterios conceptuales (información histórica, sociológica, fundamentos filosóficos del tratamiento); criterios referidos a la relación del modo de conocimiento científico con el tecnológico (especificación de datos relevantes de la investigación básica, estudios descriptivos que buscan determinar si procesos conductuales básicos pueden ser identificados en la vida diaria); criterios sobre la investigación de procesos de cambio (identificación empírica de procesos de cambio responsables de los efectos de un tratamiento); criterios sobre la investigación de los resultados del tratamiento (investigación empírica sobre la eficacia, investigación y eficiencia del tratamiento).

b) Al especificarse criterios sobre procesos de cambio responsables de los efectos observados de un tratamiento, se busca por un lado, respetar la relación médico-paciente como centro de la prestación sanitaria, y como núcleo del cambio terapéutico, y por otro lado, permitir no sólo que se validen paquetes de tratamiento (como es usual, por ejemplo, en la mal llamada terapia cognitivo-conductual), sino también principios de cambio (por ejemplo, la escucha empática), lo que obliga a especificar en manuales de tratamiento las conductas relevantes por parte del profesional y del paciente en su relación mutua.

c) Estos criterios permiten obtener información sobre tres aspectos a tener en cuenta en todo tratamiento: su utilidad clínica, su potencial de innovación, y su facilidad para ser diseminado (administración a los pacientes y formación de los profesionales). No basta simplemente con decir que un tratamiento es más eficaz que otro. Un tratamiento puede ser muy eficaz, pero la realidad nos indica cómo muchas veces ni siquiera se le propone a los paciente. Baste citar como ejemplo el caso mencionado de la terapia cognitivo-conductual del pánico (un ejemplo de tratamiento eficaz) y del psicoanálisis (un ejemplo de tratamiento eficiente).

Como puede deducirse, desde nuestro punto de vista, el conocimiento científico no puede constituir un conocimiento aplicado, sino APLICABLE, dado que no tiene sentido desarrollar tecnologías de cambio conductual desde la perspectiva de la extrapolación directa de un producto de conocimiento desde un contexto a otro. Por ejemplo, en la investigación

experimental de laboratorio pueden ser muy relevantes los tiempos de reacción medidos en milisegundos. Pero en una unidad sanitaria que atiende a pacientes con trastorno mental grave que está desarrollando programas de rehabilitación cognitiva, conseguir que un paciente concreto mejore 200 milisegundos su ejecución ante una tarea computerizada, puede ser una auténtica tontería, dado que en la vida cotidiana la escala de tiempo físico relevante se mide en segundos, minutos, horas, etc. (y con mucha frecuencia el tiempo físico ni siquiera es relevante en la vida diaria). Semejantes minucias experimentales no son relevantes en los contextos diarios, salvo que se los quiera emplear como argumentos retóricos de justificación de las excelencias de un tratamiento, por supuesto, de cara a su mejor venta.

Ya para terminar, no creo que estos argumentos recién expuestos vayan a cambiar nada (de hecho se hacen públicos en un medio con escaso índice de impacto, y ya se sabe lo que ocurre en estos casos). Pero si se tienen en cuenta, nos pueden permitir mantener la honestidad intelectual y el sano escepticismo que siempre deben formar parte de lo que era CIENCIA con mayúsculas para que, al encuentro con la noble (y hermosa) Sophia, esta no huya espantada ante la deformidad de los monstruos que puede producir una razón descontextualizada y desencarnada. Sólo deseo insistir que el profesor Berrios ha realizado una crítica sumamente pertinente en los tiempos que corren, pero que señalar justamente unas debilidades y deformaciones no basta; es necesario también plantear alternativas por rudimentarias, absurdas o irreales que puedan parecernos. Esto es todo.

Notas al pie

(1) Ryle, G. (1979). Dilemas. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México (pág. 16 de la traducción castellana).

(2) Jünger, E. Citado en: Robles Rodríguez, F.J. (1996). Para aprehender la psicología. Un análisis histórico epistemológico del campo psicológico. Madrid: Siglo XXI (cita introductoria). Sustitúyanse en esta cita “Idea” por “evidencia” (mejor por “pruebas”) y “Materia” por “experiencia”.

Referencias

Carrascoso López, F.J. (1998). Un análisis conceptual del problema de las relaciones entre la investigación básica y el trabajo aplicado en psicología: los ejemplos del análisis experimental y aplicado de la conducta. *Apuntes de Psicología*, 16 (1-2), 81-114.

Carrascoso López, F.J. y Valdivia Salas, S. (2007). Towards alternative criteria for the validation of psychological treatments. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7 (3), 347-363.

Hayes, S.C. (1998). Building a useful relationship between “applied” and “basic” science in behavior therapy. *The Behaviour Therapist*, 21, 109-112.

Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga (trad. cast., 2007).

Latour, B. y Woolgar, S. (1986). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza editorial (trad. cast. 1995).

Skinner, B.F. (1957). *Conducta verbal*. México, D.F. (trad. cast., 1981).

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.