

## Psiquiatría basada en la experiencia

Pablo Gotor Díaz  
Psiquiatra

Abril 2010

Parecería como si la psiquiatría basada en la experiencia representara la antítesis o el contraste de la así llamada psiquiatría basada en la evidencia/pruebas; un constructo, que desde su iniciación en el año 1992 por el grupo de trabajo Canadiense EBMWG, ha tenido una amplísima acogida, aunque su práctica no lo haya sido en la misma medida. En realidad son dos aspectos complementarios del trabajo profesional médico y así lo establece la introducción al artículo del JAMA(1) donde se dio por primera vez a conocer la medicina basada en la evidencia/pruebas. Pero la experiencia no tiene por qué ser el triunfo de lo práctico frente a lo teórico ni de lo intuitivo frente a lo razonado ni lo improvisado frente a lo protocolizado.

Una vez establecida la importancia de apoyarse en las mejores evidencias o hechos científicamente probados en nuestra tarea diaria, hay que reivindicar la otra fuente del conocimiento: la experiencia, que no por ser un conocimiento personal es menos transmisible, puesto que al hablar de la experiencia no nos referimos solo a un bagaje personal sino a un instrumento para acercarnos a la realidad y poder manejarla. Resulta importante reclamarla porque nos encontramos en una etapa de la civilización occidental donde la rapidez con que evolucionan los avances científicos convierte a la experiencia en algo sin valor. Lo que cuentan son los avances científicos, el progreso...El anciano no puede ya enseñarnos nada porque el mundo donde adquirió su experiencia quedó obsoleto. Por ello, la vejez ha dejado de ser respetable.

La experiencia es un conocimiento procedimental que puede provenir tanto de la observación, como de la vivencia o de cualquier otra cosa que nos suceda en la vida y que deja una marca en el sujeto. Es pues un instrumento del saber. Su objeto, lo que se experimenta, “se presenta” no se busca, como sería en la investigación (2). Está lejos sin embargo de ser un conocimiento pasivo: la experiencia se acomoda en la conciencia, y por eso, si no se es consciente “de” no sirve para nada experimentar. Hay que “mirar” para ver y “oír” para escuchar; es decir, se percibe sólo cuando la observación va “orientada”, cuando sabe lo que le interesa. Exige expectativas pero también entrenamiento para que haya sido “podada” de subjetividad. El

objeto de la experiencia siempre es “verdad” en el sentido de Heidegger, puesto que la realidad está presente como un hecho y como tal, no es discutible. Por eso, a través de la experiencia, se puede llegar más directamente al objeto como es realmente (desde la experiencia por ejemplo, se desarrolla la fenomenología de Husserl) En cambio, a través de las pruebas el objeto ya llega manipulado. Y es que ellas no nos dan a conocer el objeto real sino sólo sus condiciones de realidad (Bien es verdad que todas las cosas incorporadas vivencialmente quedan en cierta forma transformadas) La Psiquiatría de la experiencia no tiene tampoco por qué ser un conocimiento individual, puede provenir de la experiencia de otros (siguiendo el hilo de esta argumentación, hay que señalar que las pruebas de la psiquiatría de la evidencia también se basan en experiencias previas).

Podríamos comparar el funcionamiento de la experiencia a un archivo en el que a lo largo de la vida se van guardando hechos y sentimientos pero que en lugar del orden alfabético emplea para registrarlos asociaciones en tiempo, espacio, similitud; siendo la situación actual la que estimula la recuperación de lo archivado que más se asemeja a ella, y aplica a las coordenadas de la situación presente las que se derivaron del pasado. Por eso la psiquiatría de la experiencia nos prepara para predecir (que aquí no es exactamente equiparable a pronosticar. Aquella anuncia algo próximo, mientras que el pronóstico es un veredicto tanto sobre el curso de los acontecimientos como de su terminación) La experiencia avisa con antelación. Por ejemplo, de súbitos brotes de violencia (cuando el paciente queda repentinamente callado en el curso del diálogo, cambia de expresión, o se advierten signos de tensión muscular, etc...) o identifica prontamente el “riesgo suicida”, entrenado como está a distinguir, en personalidades impulsivas, cuándo la desesperanza se convierte en desesperación. Predecir supone también la capacidad de “mentalización” (intuir lo que sucede en la mente del otro) que la experiencia perfecciona (3).

Otra utilidad exclusiva de la experiencia frente a las pruebas es la de proporcionar una mayor rapidez y precisión en el diagnóstico. Un entrevistador experimentado, por ejemplo, saca más información y más rápidamente de un paciente que cualquier test. A ello podemos añadir la soltura que se adquiere en la tarea diagnóstica, puesto que los casos “puros” son muy difíciles que se den en la práctica y son motivo de perplejidad para el profesional novato.

La sabiduría, conocimiento que se nutre de la experiencia, es un saber “recto” y “oportunamente”, es decir, con ingredientes éticos. Por eso, el psiquiatra experimentado sabe

transmitir: afecto, confianza, seguridad, -lo que la psiquiatría americana llama “alianza terapéutica”- que son básicos para el éxito del tratamiento. En ello consiste buena parte de la llamada “vis terapéutica”. La sabiduría también influye en cómo se transmite la información. Sin embargo, este tema, donde se entrecruzan los potenciales empáticos, la capacidad de mentalización y la difusión de sentimientos que volcamos sobre el paciente o su familia se merecerían un espacio que desborda el objetivo que se me ha encomendado.

Pero la psiquiatría de la evidencia arrastra un sambenito en el que basan sus críticos la descalificación: el efecto placebo. No deben olvidar, sin embargo, los defensores de la psiquiatría basada en las pruebas, que toda terapéutica, incluso la calificada como activa, lleva un “quantum” añadido de efecto placebo, que por supuesto es muy difícil de sortear (4) (5). Es la experiencia del terapeuta, cuando trasmite los sentimientos que hemos mencionado, la que consigue añadir de forma natural y no buscada el placebo “positivo”. Porque existe también el placebo “negativo”, que puede ocultar sesgadamente resultados favorables y llegar a ser un peligro que esterilice el trabajo de terapeutas principiantes (6). Se ha demonizado en exceso al placebo y sin embargo, ¡qué más quisiéramos muchas veces poder contar con ese efecto en tantas ocasiones!... Jocosamente, al ver las conclusiones de muchos estudios estamos tentados de exclamar: “¡Quién pudiera comercializar ese placebo!”

La experiencia nos sirve también de atalaya desde la que mirar con ojos imparciales las incoherencias y los agujeros de nuestras clasificaciones. Por ejemplo, en el insondable mundo de la esquizofrenia. Según las clasificaciones, lo que distingue la “verdadera” esquizofrenia de los “sucedáneos” (Trastorno paranoide agudo, Trastorno esquizoafectivo, Manías, Psicosis cicloides, etc.) es únicamente su “incurabilidad” (7). ¿En qué nos basamos entonces para afirmar que cuadros clínicos, indistinguibles a primera vista, responden a procesos distintos? De un plumazo, y artificialmente, eliminamos las “esquizofrenias curables”. Me recuerda al dicho: “Si sale con barba San Antón y si no, la Purísima Concepción”...No es de extrañar así la renuencia a diagnosticar Esquizofrenia, porque más que un diagnóstico estamos dando una sentencia.

Veamos ahora la Psicosis maniaco-depresiva, en la que se esgrimía el mejor pronóstico como diferencial frente a la Esquizofrenia, es decir, un criterio evolutivo, que debemos abandonar en la práctica ya no se puede hablar de remisión completa interepisódica, porque la cronicidad en los bipolares es regla más que excepción. Tampoco nos sirve la evolución sin defecto que la contraponía a la Dementia Praecox; todos tenemos ejemplos de deterioros en bipolares

“veteranos”, aunque no sean como los de la esquizofrenia. Lo que distingue principalmente al Trastorno afectivo bipolar es la “oscilación de los contrarios”, que no discrimina tampoco, porque el vaivén entre opuestos se da en otras muchas parcelas de la psiquiatría (la fluctuación y el movimiento pueden considerarse incluso características del ser vivo) Y así, otras bipolaridades serían la anorexia-bulimia, la fobia y lo contrafóbico. También lo obsesivo (lo enequético) es otra bipolaridad en el área de la impulsividad: un equilibrio constante entre la explosividad y su control compulsivo. No quiero seguir, porque ante el trabajo ciclópeo que han supuesto clasificaciones como la CIE o el DMS, se me puede reprochar que sea más fácil criticar que construir.

Desde la distancia que proporciona una praxis dilatada, vamos aprendiendo a reconocer los “límites” que nuestra profesión debe acatar. Siempre he mantenido que, sobre todo en psiquiatría, sin sentir afecto por el paciente, es muy difícil tratarlo y por supuesto curarlo. A esto añadido el respeto, una de las formas más auténticas del amor, que debe presidir esos “límites”. Desde el respeto podemos entender que “funcionalidad” y/o “calidad de vida” pueden ser más importantes que “salud”. Lo que nos debe llevar a no tocar delirios que son en el fondo “prótesis vitales”, fobias que no complican la vida, anorexias “culturales” moderadas, no oposicionistas, y por supuesto, hipomanías si ya existen mecanismos de control. Nunca se exagerará por otra parte, la prudencia con que deben desmontarse defensas que el paciente ha levantado a base de años y sufrimientos. El criterio de severidad que convierte en “caso” una conducta, debe aplicarse desde el lado del enfermo, no de los manuales. Todo ello se resume en aplicar la ley del “mal menor”.

El respeto también nos ayuda a sortear lo que bautizaría como “furor terapéutico” que resulta del empecinamiento del médico que se siente desafiado por la enfermedad y se resiste a cesar en sus terapias (8). En esa guerra sin cuartel, en la que juegan otras cosas que la salud, la víctima (el paciente) parece asistir como espectador pasivo. El origen puede ser tanto narcisista (la omnipotencia) como perfeccionismo obsesivo, ambos más frecuentes en el profesional que por su corta experiencia aún se siente inseguro.

La experiencia, si no se aplica desde la sencillez y la humildad resulta estéril. Perdonadme, por eso, si se desprenden suficiencia o cierto tono pedagógico de estas reflexiones.

Sevilla, 12 de Febrero del 2010

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Evidence-Based Medicine Working group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268(17): 2420-2425.
- (2) Shapiro A. K. The placebo effect in the history of medical treatment. Implications for psychiatry. Am J Psychiatry 1959; 116:298-304.
- (3) Bateman A. Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatients. Metallization-based treatment versus structured clinical management for Borderline personality patient. Am J Psychiatry 2009(12):1355-1392.
- (4) Van Die MD, Bone K.M, Burger HG, et al. Are we drawing the right conclusions from randomised placebo-controlled trials? BMC Med Res Meth 2009; 9:41.
- (5) Fisher S, Greenberg R. From placebo to panacea: putting psychiatric drugs to the test. New York: John Wiley & Sons. Inc; 1997.
- (6) Tony Z, Derubeis RJ, et al. Personality changes during depression treatment. Arch Gen Psychiatry 2009; 12:1322-1334.
- (7) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson; 1995.
- (8) Mojtabai R, Olfson M. Natural trends in psychotropic medication polipharmacy in office-based psychiatry. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 26-36.

Pablo Gotor Díaz es psiquiatra:

- Jefe Clínico del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica desde 1965.
- Subdirector del Hospital Psiquiátrico Nacional de Alcohete (Guadalajara) de 1965 a 1966.
- Director del Hospital Psiquiátrico Provincial de Miraflores (Sevilla) de 1970 a 1976.
- Director de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico Provincial de Miraflores (Sevilla) de 1981 a 1987.
- Coordinador de la Unidad de Salud Mental Comunitaria "Oriente" del Área Hospitalaria Virgen del Rocío (Sevilla) de 1988 al 2003.
- Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Cruz Roja de Sevilla de 1967 al 2003.
- Ex-Vicepresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ex-Presidente de la Asociación Sevillana de Psiquiatría.
- Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Sevilla.