

El cientificismo de la psiquiatría

Sami Timimi, MD

2018



Sami Timimi, MD

Psiquiatra de la infancia y adolescencia. Pertenece al movimiento *Critical Psychiatry* – Psiquiatría Crítica –, una red internacional de médicos (principalmente psiquiatras) que cuestionan la práctica habitual en salud mental y esperan reformarla. Ha publicado varios libros entre ellos: “Rethinking ADHD: from brain to cultura”, “Misunderstanding ADHD”, “Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality”.

Impulsor de la iniciativa *No More Psychiatric Labels* – *No más etiquetas psiquiátricas*.

El cientificismo de la psiquiatría

Sami Timimi, MD

10 de enero de 2018

[The Scientism of Psychiatry](#)

La psiquiatría desea mostrarse como una disciplina científica, y realmente existe mucha ciencia útil sobre la que apoyarse cuando se evalúan los fundamentos de las pruebas relacionadas con los problemas de salud mental, sus causas y tratamientos. Lamentablemente, en las últimas décadas buena parte de la literatura psiquiátrica muestra una patente preferencia a la retórica antes que al rigor científico. Actualmente la investigación y el discurso psiquiátrico está imbuido y contaminado por el cientificismo —la divulgación de una creencia, a veces intencionadamente y otras veces no, de una forma que resuena o parece «ciencia» o «científico»— en vez de mantener un compromiso racional con la naturaleza y las consecuencias de los verdaderos hallazgos científicos.

A veces, este cientificismo aleja a los críticos del compromiso con la ciencia real, en vez de promulgar la conveniencia de usar el razonamiento científico para entender lo que hoy en día se define como «salud mental». Es importante considerar ambas cuestiones (la falta de compromiso con los hallazgos científicos reales y lo adecuado de usar métodos científicos concretos para lograr cualquier conocimiento). Debemos esforzarnos en hacer visible el gran fraude que los organismos cometen, como el que yo pertenezco (el *British Royal College of Psychiatrists* – Colegio Real Británico de Psiquiatras), cuando venden al público la naturaleza de lo que se ha llegado a denominar «enfermedad mental», sus causas, sus tratamientos, y la forma en que se deben organizar los servicios para ayudar a quienes padecen sufrimiento mental.

Ciencia y Medicina Basada en la Evidencia (EBM)

Generalmente se considera ciencia a la actividad intelectual y práctica que acomete el estudio sistemático del mundo físico y natural mediante la observación y la experimentación. La ciencia usa un enfoque metodológico que implica la producción de hipótesis, y después se prueba la hipótesis mediante métodos empíricos. Los buenos científicos pueden experimentar y aceptar la incertidumbre como un requisito previo para ser objetivos en la búsqueda del conocimiento. El conocimiento se desarrolla y se construye mediante la creación de hipótesis (a menudo utilizando resultados de investigaciones previas) y luego se lleva a cabo una investigación dirigida a probar que lo que se denomina «hipótesis nula» no puede ser cierto. La hipótesis nula es una

declaración general o posición por defecto que supone que no hay relación entre ciertos fenómenos medibles. Rechazar o refutar la hipótesis nula —y así concluir que hay motivos para creer que si están relacionados, y de ese modo la hipótesis real puede ser cierta— es la tarea central de la práctica moderna de la ciencia.

Uno de los principales problemas de los conceptos actuales usados en psiquiatría se puede entender al prestar atención a los supuestos básicos que fundamentan gran parte de la investigación psiquiátrica. Para poder evaluar científicamente la idea de que existe una categoría natural que llamamos disfunción o trastorno, por ejemplo, «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad» (TDAH), debemos comenzar con la hipótesis nula. Es decir, hay que asumir, hasta que se demuestre lo contrario, que no hay una relación particular entre lo que se define como TDAH y un rasgo biológico o neurológico medible e identificable (por ejemplo, cuando deseamos categorizar el TDAH como un trastorno del «neurodesarrollo»). Este es un supuesto básico para el desarrollo del conocimiento mediante el método científico. La aplicación de la metodología científica es la base de la EBM. Hasta que no se demuestre que esta hipótesis nula básica no es cierta, científicamente no se puede llevar adelante una investigación que asuma que el concepto TDAH tiene capacidad para explicar los comportamientos que describe.

En su forma más amplia, la medicina basada en las evidencias (EBM) es un enfoque para mejorar la asistencia sanitaria, usando el método científico aplicado a la toma de decisiones. Durante gran parte de su historia, el campo de la medicina se basó más en el «juicio clínico» subjetivo, y los estudiantes de medicina aprendían algunas de las ideas preferidas del profesor. La práctica se desarrollaba más a través de la anécdota y la autoridad atribuida al «médico» o «profesor», a menudo con escaso apoyo en pruebas. El giro para aumentar el uso del conocimiento generado científicamente se dio en los años ochenta y noventa, prestando más atención a la investigación referente a la etiología y el tratamiento, junto con el desarrollo de instituciones internacionales, como la *Cochrane Collaboration* (Colaboración Cochrane), dedicadas a evaluar sistemáticamente las pruebas de investigación sobre las cuestiones clínicas importantes. Las nuevas perspectivas (como los meta-análisis y las revisiones sistemáticas) permiten que los investigadores agrupen los resultados de un gran número de estudios, lo que contribuye al desarrollo de una amplia base de pruebas. La EBM supuso un importante paso adelante en el desarrollo de un enfoque científico más creíble de la práctica sanitaria.

Sin embargo, como en todas las grandes ideas, hay tras ella un contexto político más amplio. El esfuerzo científico es, en última instancia, una actividad humana y, por lo tanto, aquello que cuenta como «ciencia» y cómo se interpreta está determinado por procesos culturales y políticos más amplios. Como se ha escrito extensamente, las compañías farmacéuticas, por poner un ejemplo, pueden, mediante diversas estrategias, sesgar los fundamentos de las pruebas a favor de los productos que fabrican. En si misma, la EBM es víctima de estas fuerzas políticas del poder del mercado más amplias, conduciendo a una connivencia corrupta entre las organizaciones con fines de lucro y los gremios profesionales (como la *American Psychiatric Association* – Asociación Psiquiátrica Estadounidense). El marketing triunfa sobre la ciencia. La misma EBM está bajo sospecha de estar afectada de «cientificismo». En la cultura occidental, la ciencia se ha convertido en una *cosmología* —es decir, una

ideología o una fe que cree que la ciencia tiene una primacía incuestionable sobre todas las demás formas de ver y comprender la vida y el mundo—, que nos hace vulnerables a ser atrapados por el cientificismo. Deseamos creer que hay explicaciones fáciles y formas sencillas de aliviar el sufrimiento. El marketing que ofrece diagnósticos psiquiátricos y tratamientos médicos se revela como algo relativamente sencillo.

Cientificismo psiquiátrico

La corriente de la psiquiatría dominante se ha visto afectada, al menos, por dos tipos de cientificismo. En primer lugar, una parodia de la ciencia como ideología, que habla en lenguaje científico, que usa el lenguaje de la EBM y que lleva a cabo investigaciones que «parecen» científicas (como cuando usa imágenes cerebrales). La psiquiatría desea verse posicionada dentro de la misma cosmología científica que el resto de la medicina. Sin embargo, la estantería de hallazgos clínicamente relevantes permanece casi vacía. En segundo lugar, soslaya buena parte de la ciencia real existente mientras da apoyo y perpetúa conceptos y tratamientos que tienen poca base científica. Esta es una forma más dañina y engañosa de cientificismo; significa que a la psiquiatría le gusta hablar el lenguaje de la ciencia y considera esto más importante que la propia ciencia.

He debatido con colegas psiquiatras en torno a muchos aspectos de las bases de las pruebas reales. Hay dos «defensas» que me resultan familiares. La primera es el uso de la anécdota —como cuando tal y tal paciente mejoraron con este y este tratamiento, por lo tanto, este tratamiento «funciona». Precisamente es la anécdota aquello que la EBM quería superar. La segunda es una llamada para que adopte una perspectiva «equilibrada». Por supuesto, la idea de cada persona sobre lo que es una posición «equilibrada» depende del lugar en el que se coloque. Conseguimos las ideas sobre lo que es «equilibrado» de aquello que es culturalmente dominante, no de lo que la ciencia nos dice. En un momento dado, para muchas personas, Nelson Mandela fue un terrorista violento; más tarde, para muchas más personas, se convirtió en la encarnación de la reconciliación pacífica y el perdón. Lo que se consideraban opiniones «equilibradas» sobre él eran opuestas, casi polarizadas, dependiendo desde dónde y cuándo se le evaluara. Además, en la ciencia los hechos son simplemente eso. Por supuesto, nuestras interpretaciones se basan en la lectura de estos hechos. Proporcionar una interpretación coherente de los hechos es más importante que la noción que una persona tiene sobre lo que debe ser una postura «equilibrada».

El análisis de las pruebas actuales suministra un cuadro preocupante de la eficacia real de los servicios habituales de salud mental. Aunque se reconoce que el sobre-diagnóstico y la asistencia innecesaria son un problema creciente en medicina, los resultados a corto y largo plazo para muchas dolencias tratadas por el resto de la medicina han mejorado, y a menudo reflejan auténticos avances técnicos. Este no es el caso de salud mental. Las investigaciones realizadas en varios países han revelado que, a pesar del continuo aumento de la disponibilidad de servicios de salud mental, tan sólo entre el 15 y el 25% mejoran o se recuperan significativamente. Este cuadro sombrío se encuentra en los servicios de salud mental para niños y adultos. Las tasas de no asistencia y el número de personas que abandonan el

tratamiento también son considerables. En la mayoría de los países occidentales ha habido un aumento pronunciado del número de jóvenes y adultos clasificados como enfermos mentales discapacitados. En el Reino Unido, una investigación reciente desveló que los trastornos mentales se han convertido en la causa más común para recibir prestaciones por discapacidad, con un aumento del 103% en el número de solicitantes entre 1995 y 2014, mientras que los solicitantes de otras dolencias disminuyeron en un 35%. Al parecer, la mayor parte de las personas que acuden a los servicios de salud mental comunitarios estándar no experimentan una mejoría duradera o se deterioran.

Con el fin de «encubrir» esta situación desastrosa se ha creado la idea de que las condiciones a las que nos enfrentamos son «crónicas». Esto suministra un marco para aceptar como algo no problemático el creciente número de personas clasificadas como mentalmente enfermas que no parecen mejorar o siguen recayendo a pesar de nuestros tratamientos, sin sentir que al menos en parte es culpa de nuestros conceptos y tratamientos. Por consiguiente, conozco a colegas psiquiatras en servicios para adultos con una carga de casos de varios cientos de pacientes. Se encuentran sobrepasados y todo lo que pueden gestionar son revisiones de 20 minutos sobre fármacos una vez cada seis meses en pacientes que nunca reciben el alta.

Esta imagen de malos resultados en el mundo real se puede ver acentuada por uno de los signos del «cientificismo» que se da en la psiquiatría: la creencia de que existe algo así como un diagnóstico psiquiátrico. Es bastante sencillo demostrar que el concepto de diagnóstico psiquiátrico es científicismo, ya que desde una perspectiva lógica o técnica no existe el diagnóstico psiquiátrico (más allá de algunas formas de demencia y algunas otras afecciones orgánicas conocidas con las que a veces se topan los psiquiatras). En medicina, el diagnóstico es el proceso de determinar qué enfermedad o dolencia explica los síntomas y signos de una persona. Por lo tanto, el diagnóstico hace referencia a procesos causales. Realizar un diagnóstico preciso es una habilidad técnica que permite una comparación efectiva del tratamiento ante un proceso patológico concreto. Los pseudo-diagnósticos, como por ejemplo el TDAH, no pueden explicar comportamientos, ya que sólo contienen «síntomas» que consisten en descripciones (no explicaciones) de comportamientos. Incluso usar la palabra «síntoma» puede resultar problemático, ya que en medicina los «síntomas» generalmente se refieren al sufrimiento o la experiencia de los pacientes como resultado de un proceso subyacente de enfermedad y, por lo tanto, se asocia en nuestras mentes a procedimientos médicos que tiene una explicación para el «síntoma». Pero los diagnósticos psiquiátricos no explican síntomas.

Considere el siguiente ejemplo: Cuando se pregunta «¿Qué es el TDAH?» no resulta posible responder a esa pregunta remitiéndose a una anomalía patológica particular conocida. En su lugar, se dará una descripción, como la de que el TDAH consiste en la presencia de conductas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención (más algunos requisitos suplementarios como la edad de inicio). Como contraste consideremos la pregunta «¿qué es la diabetes?» Si se respondiera a esta pregunta de la misma forma, simplemente con síntomas que la describen, como el aumento de la necesidad de orinar, sed y cansancio, como médico tendría problemas importantes, ya que hay muchas otras afecciones que pueden presentar

inicialmente estos síntomas, y en la propia diabetes puede que estos síntomas no se presenten de una forma reconocible. Para responder a la pregunta «¿Qué es la diabetes?» debo referirme a su patología que implica anomalías en el metabolismo del azúcar. Puedo conseguir datos independientes de mi opinión (mi opinión subjetiva), datos empíricos que apoyan mi hipótesis sobre lo que podría provocar las experiencias descritas por el paciente (como un análisis de orina o sangre para determinar los niveles de glucosa). En el resto de la medicina, por lo tanto, el diagnóstico explica y tiene alguna relación causal con las conductas o síntomas descritos. El diagnóstico en ese contexto se asienta en un marco explicativo «técnico». En psiquiatría, lo que llamamos diagnóstico (como el TDAH) sólo describe, pero no puede explicar.

El problema al usar una clasificación como el TDAH para explicar un conjunto de conductas observadas (es decir, como diagnóstico) se puede ilustrar haciendo otra serie de preguntas. Si pregunto ¿«por qué» un niño en concreto no puede concentrarse, es hiperactivo y se muestra impulsivo?, y respondo que estos comportamientos están causados por el TDAH, entonces resulta adecuada la pregunta «¿cómo sabe que están causados por el TDAH?» La única respuesta que se puede dar a esa pregunta es que se sabe que se debe al TDAH porque el niño presenta hiperactividad, impulsividad y falta de atención. En otras palabras, al intentar usar una clasificación con la que sólo se puede describir para explicar llegamos a lo que en filosofía se conoce como «tautología».

Resulta preocupante que los médicos usen una categoría descriptiva, como el TDAH, para explicar, y que no sean conscientes de este problema de circularidad tautológica. Usar el TDAH para explicar los comportamientos del TDAH es como decir que el dolor de cabeza lo causa el dolor de cabeza. El no comunicar a los pacientes la diferencia entre una clasificación descriptiva y otra diagnóstica puede tener efectos profundos que afectan a la identidad del paciente y a cómo le consideren quienes pertenecen a su entorno. Además, la idea de que un diagnóstico como el TDAH explica los riesgos conductuales dificulta nuestra capacidad para tener en cuenta una gran cantidad de otros factores de la vida real que pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de un problema o para encontrar formas positivas de avanzar, más allá de la perspectiva de contrarrestar lo que se consideran «síntomas», que es lo habitual en muchas intervenciones de tipo médico.

Tendría que ser fácil ver que, una vez que comenzamos a preguntar sobre los supuestos básicos, como la validez de los diagnósticos psiquiátricos, entonces mucha de la literatura basada en esos supuestos carece de validez. Como el TDAH no es un diagnóstico médico, sino una clasificación descriptiva, no tenemos un método empírico fiable para definir la «casuística». La definición de lo que se califica como caso es, por tanto, arbitraria y depende de las normas empleadas por quien diagnostica, influenciado por la ideología dominante sobre el diagnóstico a la que ha sido expuesto. Como resultado, no se puede eliminar una amplia variabilidad en la práctica «diagnóstica».

La psiquiatría conserva la fe en el cientificismo a pesar de estos errores obvios ya que vivimos en una cultura donde la tecnología y los logros tecnológicos se alientan y encumbran, y porque ello se conecta a esa «cosmología» más extensa que desea usar la «ciencia» para explicarlo todo. Para introducir algo, metafórica y literalmente, en nuestra sociedad se tiende a

usar un lenguaje que resuena a técnico o científico. Con este tipo de cientificismo (la ciencia como un sistema de fe) tan prevalente, posiblemente lo que la ciencia diga resulte casi irrelevante, siempre y cuando parezca que lo que se haga sea algo que se pueda llamar ciencia y se pueda hacer pasar de una forma que convenza a otros (que desconocen el lenguaje y los hallazgos reales) de que el conocimiento que se posee se basa en una «certeza» (porque proviene de un científico y es ciencia). Los supuestos ocultos se desvanecen y se da por sentado que es cierto, a medida que se repitan frases como «el TDAH es un...», «el TDAH está causado por...», «el tratamiento del TDAH es...», etc. Como señalan Michel Foucault y otros, de este modo se construye el poder institucional y consigue autoridad para crear «regímenes de verdad». En este régimen simplemente se repiten frases como «la evidencia dice...», «los estudios han encontrado...», «la práctica basada en la evidencia es...», etc.

La promesa de que al final se demostrará que los diagnósticos psiquiátricos son como cualquier otro diagnóstico médico sigue sin cumplirse. Esto se ha hecho evidente en la publicación de la quinta edición del *Diagnostic Statistical Manual* (DSM 5), donde los autores admiten que a pesar de que originalmente el DSM se diseñó para permitir la investigación que hallara los factores etiológicos, construyendo a tal fin las etiquetas diagnósticas, ningún marcador ha sido identificado. El valor de la fiabilidad de un diagnóstico DSM en realidad ha descendido en muchas de las categorías diagnósticas. Pero la *American Psychiatric Association* obtiene muchos ingresos para su organización mediante la publicación de nuevas ediciones del DSM. Mientras sea este el caso quizás el cientificismo que encarna les importe poco. Sin embargo, debería importar a todos los demás.

Mas allá del cientificismo psiquiátrico

A menudo me pregunto qué ocurriría si nos volviéramos más curiosos respecto a las diferencias entre las prácticas y los resultados. Por ejemplo, en el Reino Unido, como psiquiatra comunitario de niños y adolescentes, tengo un área geográfica concreta, donde hay muchas necesidades, y en el que soy el consultor responsable. Tengo una carga de casos de alrededor de 50-60, veo a los jóvenes y las familias en sesiones de una hora, y en algunos puede hacerlo una vez a la semana, a veces. La mayoría (pero no todas) de las personas que veo mejoran y reciben el alta, y así me quedo libre para hacer el trabajo terapéutico con más personas, y también tener tiempo para recibir y suministrar supervisión y apoyo al equipo con el que trabajo. Muy pocas de las personas que veo están medicadas, y aquellas que lo están, a menudo se debe a que proceden de otro médico que inició la medicación.

Soy consciente de que hoy esta imagen no la comparten la mayor parte de mis colegas consultores en psiquiatría infantil y de adolescentes de la comunidad, en el Reino Unido (aunque también puedan tener un sector geográfico de tamaño similar). Al igual que sus colegas en psiquiatría de adultos, a menudo también acaban acumulando casos, donde a la mayoría de ellos se les acaba recetando fármacos, ya que lamentablemente, y cada vez más, el papel del psiquiatra se entiende de esta forma. Atrapado de este modo en un sistema que atrapa, pienso que es muy difícil que el cambio provenga desde dentro de la profesión. Sospecho que, en última instancia, la psiquiatría

se verá obligada a cambiar por presiones externas, sobre todo si se tienen en cuenta los malos resultados registrados y los altos niveles de daño derivados por centrarse en intervenciones «médicas».

El problema para críticos como yo y para las organizaciones críticas (como la *Critical Psychiatry Network* – Red de Psiquiatría Crítica, un grupo con sede en el Reino Unido del que formo parte) al menos tiene dos vertientes. En primer lugar, no tenemos el mismo poder e influencia que poseen las organizaciones con riqueza de recursos, como la industria farmacéutica; por lo tanto, sólo somos capaces de conseguir pequeños cambios. En segundo lugar, como personas, aquellos de nosotros que nos posicionamos en oposición a lo que se considera lo esperable de las instituciones «estándar» de psiquiatras, pueden correr el riesgo de que quienes contratan rechacen su praxis. Antes tuve que defenderme con energía de acusaciones de incompetencia de colegas que tienen más poder que yo, y conozco a otros consultores con un pensamiento crítico que han tenido que hacer lo mismo.

Sin embargo, como dice el viejo proverbio: «Se puede engañar a algunas personas todo el tiempo y a todas las personas durante algún tiempo, pero no se puede engañar a todas las personas durante todo el tiempo». Los movimientos de resistencia a menudo se mantienen durante décadas antes de que llegue un momento significativo en el que se acumula suficiente «masa crítica». No sabemos cuándo o cómo llegará ese momento, pero tenemos que estar preparados por que es inevitable, ya que en particular este castillo de naipes se derrumbará. También debemos estar preparados para que el castillo se derrumbe por razones equivocadas y con resultados potencialmente dañinos. Si se tratara de ahorrar dinero se podrían retirar las ayudas, que son vitales a los pacientes. Si los pacientes son retirados bruscamente de sus fármacos sin que se comprendan sus consecuencias biológicas y psicosociales pueden producirse daños.

Cuando prestamos atención a la ciencia, esta nos dice que necesitamos vislumbrar más allá de la perspectiva de los servicios formales. Las personas son gente que experimentan o no estados mentales que asociamos a enfermedad mental. Las personas necesitan conexión y significado, y también aspectos básicos como seguridad, vivienda y trabajo. En los servicios, la evidencia nos indica que la relación es lo fundamental. Los servicios tendrán que prescindir del diagnóstico y centrarse en priorizar y operacionalizar los modelos colaborativos. La ciencia ya señala lo que probablemente resulta más útil para las personas con sufrimiento mental. El desafío consiste en lograr que la transformación necesaria ocurra.

En este artículo he hecho una breve revisión de la naturaleza del cientificismo en psiquiatría. En futuros blogs examinaré con más detalle sobre «cientificismos» particulares, incluyendo el análisis de los «diagnósticos» frecuentemente usados en mi rama de psiquiatría, la psiquiatría infantil, como el TDAH, autismo y la depresión infantil, así como el examen de otros asuntos como los resultados del tratamiento y los modelos de asistencia.