

POSITIVISMO Y PRAGMATISMO EN ANTICONCEPCION ORAL VERSUS LA EXIGENCIA DE LA PACIENTE.

POSITIVISM AND PRAGMATISM VERSUS ORAL CONTRACEPTION IN THE REQUIREMENT OF THE PATIENT.
POSITIVISMO E DO PRAGMATISMO VERSUS CONTRACEPÇÃO ORAL NA EXIGÊNCIA DO PACIENTE.

Pablo Emilio Hernández Rojas¹, Carlos Rojas Malpica², Harold Guevara Rivas³

Fecha de recepción: 11.07.2015

Fecha de aceptación: 15.11.2015

Resumen

La visión filosófica del pensamiento científico se aplica a todos los campos de la medicina. La utilización de un fármaco anticonceptivo por parte de un médico tiene una base positivista importante que se afianza con ideas pragmáticas y que utiliza a la medicina basada en las evidencias para el actuar médico, pero nunca la praxis médica debe irrespeter la dignidad de la persona y siempre debe supeditarse al principio de no maleficencia así como al respeto de la autonomía de la paciente, sus deseos y expectativas ante el inicio y el mantenimiento de un método hormonal de planificación familiar.

Palabras Clave: Positivism, anticonceptivos orales, bioética.

Abstract

Philosophical approach of scientific knowledge is applied in all medical fields. Prescription of an oral contraceptive implies a positivist thought enforced by pragmatic ideals and use of evidence based medicine for physician's course of action, but these methods will never be complete without noticing the patient's desires and her goals before the beginning and then the continuation of a contraceptive method.

Keywords: Positivism, oral contraceptives, bioethics.

¹ Programa Doctoral en Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo (UC) - Venezuela. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". Universidad Nacional Autónoma de México, 2006. Docente Coordinador de la Cátedra de Clínica Obstétrica II, Departamento Clínico Integral de La Victoria desde el 2008. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

² Programa Doctoral en Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo – Venezuela.

³ Departamento Clínico Integral de La Victoria. Universidad de Carabobo - Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Hoy día la práctica clínica es fundamentalmente positivista. Esta afirmación está basada en una teoría filosófica creada por Augusto Comte en la cual refleja la evolución del pensamiento científico durante el inicio de la Revolución Industrial europea y postula que toda sociedad pasa por tres etapas: el estadio teológico, en el que los fenómenos naturales son explicados por acción de la divinidad; el estadio metafísico, en el que la fe es substituida por la especulación intelectual; y el estadio positivo, en el que el individuo admite su incapacidad intelectual de conocer las causas originarias de los fenómenos, y se circunscribe a la aplicación de un método de investigación en el que aplica la razón a la naturaleza¹. Esta visión introdujo el pragmatismo en la toma de decisiones clínicas, en donde solo aquello que era comprobable por el método científico era lo que debía ser utilizado en los pacientes. Dejando de lado la práctica de las creencias individuales, el desarrollo y entorno social y la participación del enfermo en las alternativas de tratamiento. El positivismo domina la práctica clínica y las investigaciones científicas hasta la más reciente aplicación de búsqueda clínica de trabajos convincentes a través de la Medicina Basada en las Evidencias.

Desde el nacimiento del positivismo hasta el presente, la búsqueda de la mejor evidencia posible ha generado las guías de buenas prácticas clínicas en las diversas disciplinas, lo cual ha ayudado al clínico en la toma de decisiones acertadas, cercanas a la realidad, pero alejadas de la experiencia anecdótica y no verificable del médico, que a pesar de ser valiosa se pudiera dejar de lado en vista que no tiene respaldo en las medidas de asociación y de efecto pertinentes. Así mismo, se puede afirmar que la visión positivista del proceso salud-enfermedad puede conducir a una cosificación extremadamente biologicista del paciente, a quien se le deja de percibir como unidad bio psico social, para visualizarlo como una serie de indicadores y variables biológicas mensurables.

Obviamente, tomar una decisión terapéutica en pleno siglo XXI no se puede llevar a cabo sin evidencias reales, pero son los trabajos observacionales los que poseen la menor de todas las clasificaciones en la medicina basada en evidencias, y el hablar de preferencias será casi siempre con investigaciones descriptivas tipo serie de casos y con la utilización de pocos estadísticos.

En anticoncepción oral, los ensayos clínicos aleatorizados y los Meta análisis son necesarios, pero cuando se trata del análisis de preferencias de las pacientes en cuanto a la toma de una u otra pastilla anticonceptiva, el clínico se encuentra ante la visión dual de aplicar el mejor método posible como terapia sobre la base de la evidencia científica o de justificar su decisión terapéutica basado en la conjunción de su experiencia y/o en las preferencias de las pacientes²

GINECOLOGÍA POSITIVISTA

Utilizar o no un fármaco para un ginecólogo debe siempre tener una base científica válida. Pensando como positivista, una leucorrea será siempre causada por un patógeno. Para un post-positivista³, una leucorrea debe evidenciar por un método de evaluación, el patógeno se debe evidenciar como agente causal *in vivo* o *in vitro*, su tratamiento debe tener amplio alcance y las investigaciones que generen los criterios de causalidad como los esquemas de tratamiento deben llevarnos a la búsqueda de más información. Si se considera la personalidad de la paciente, o la ocupación, por ejemplo, poco cuidadosa, adicta o prostituta, se amplía el espectro de la mirada y se señalan factores de riesgo que pueden ser variables intervinientes junto con la etiología, yendo un poco más allá del establecimiento de la relación causa-efecto sobre la base de la monocausalidad.

Estos postulados son aplicables a todo el quehacer del ginecólogo en las diferentes ramas de su acción médica y quirúrgica. Pensar que los postulados positivistas son falsos también genera conocimientos que están fundamentados en el falsacionismo, en el cual el sustento epistemológico del conocimiento se basa en contrastar una teoría pre impuesta que puede ser contrastada a través del método científico mismo. La teoría del falsacionismo fue postulada por Karl Popper en los años 70, su obra “La Lógica de la Investigación Científica”⁴.

Existe la realidad que la anticoncepción oral busca eliminar la posibilidad de lograr un embarazo, ahora, planificar la longitud de la familia implica una toma de decisiones que desde el punto de vista individual abarca tanto aspectos positivos y negativos desde el punto de vista médico, así como desde el punto de vista de la usuaria. O sea, es inevitable considerar valores antes de hacer la prescripción, lo cual se acerca a una medicina basada en valores y en principios bioéticos, que incluirían el del respeto a la dignidad de la persona (la paciente como sujeto de derecho y acreedora del libre ejercicio de su personalidad, de una sexualidad responsable y de su derecho a una maternidad consciente y libremente elegida), el de no maleficencia (de parte del médico, quien debe, ante todo, evitar hacer daño con sus decisiones terapéuticas) y el de autonomía, porque la paciente tiene y debe tener opinión acerca de la alternativa de anticoncepción a emplear, así como su pareja.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE) Y ANTICONCEPCIÓN ORAL.

Numerosos trabajos con diferentes niveles de evidencia han surgido en anticoncepción para justificar su utilización actual. La anticoncepción oral (ACO), desde el punto de vista histórico, significó el inicio de una era sexualmente libre que permite que los ideales freudianos se expongan con mucha mayor libertad por los usuarios. Visto desde un contexto científico, la utilización de un ACO ha tenido el tamizaje estricto de diferentes

entes reguladores que han cuestionado su acción farmacológica. La búsqueda del anticonceptivo ideal se basa en la utilización de hormonas en una dosis lo más baja posible, con esquemas parecidos a la actividad hormonal fisiológica de la usuaria, con los menores efectos colaterales.

Los diferentes preparados de ACOs están basados en formulaciones con baja cantidad de estrógenos, la mayoría de las veces combinados con progestinas tienen diferente actividad farmacológica en casi todos los órganos de la economía femenina, lo que hace que sus efectos positivos o negativos sean determinantes a la hora de escoger el método, de mantener el tratamiento, o de abandonar la toma de la píldora.

Una visión positivista excluye la opinión de la paciente por cuanto se basa sólo en la aplicación del método científico para la administración de un medicamento que evite un embarazo. Con estos postulados, cualquier anticonceptivo es bueno.

A través de la MBE tenemos acceso a trabajos que ayudan a ponderar las diferencias entre los integrantes de la gama de estrógenos y progestinas en el campo clínico, sus interacciones farmacológicas, sus efectos beneficiosos y sus efectos colaterales.

Desde las advertencias de entes reguladores como la FDA y otros con respecto al uso de ACOs y tromboembolismos⁵, los ginecólogos han puesto los ojos en la evidencia actual en cuanto a los riesgos de la toma de ACOs, y también se ha puesto en evidencia los efectos beneficiosos que preparados más modernos pueden tener en síntomas premenstruales, libido, turgencia de la piel, signos de androgenización, persistencia de dismenorrea y modulación del estado de ánimo⁶. Una toma de decisiones en cuanto a terapia hormonal en la mujer debe siempre tomar en cuenta los cambios fisiológicos hormonales que esta

experimenta a lo largo de su vida, y el espectro mental, principalmente en cuanto a la modificación de su estado de eutimia, el cual se puede modificar drásticamente a lo largo de cada pequeño cambio que experimenta desde la menarquía hasta la menopausia⁷.

Una visión positivista del clínico para la utilización de ACOs se basaría en el examen físico, en la búsqueda de trastornos somáticos y evaluación del biotipo de la paciente para poder tomar la decisión de la utilización del anticonceptivo ideal. Excluye la opinión de la usuaria e impone la decisión del experto para la escogencia del fármaco ideal. Se convierte entonces en un clínico pragmático, que observa aquello que quiere ver, con una opinión con base en evidencias, lo cual refleja la escisión típica del positivismo lógico en cuanto a la relación sujeto-objeto, entre el sujeto cognoscente, quien debe ser objetivo y aséptico en sus percepciones y el objeto cognoscible (la paciente, no objeto, quien sería cosificada o reducida a un ente pasivo que acepta la “sabia decisión” del experto). Es así que la praxis del médico desde la perspectiva positivista, estaría sesgada hacia la óptica del médico, no se estaría gestando en la relación médico-paciente, no sería dialogada, sino impuesta desde una posición de poder donde hay uno que “sabe” y otra que obedece”. “Solo sería cierto para el médico aquello que funciona, enfocándose en el mundo real y objetivo”^{8,9}. El gran problema del tornarse pragmático implica que el ginecólogo generaría prejuicios innecesarios ante la utilización de ciertos medicamentos que cree inocuos o con más efectos beneficiosos, cuando en realidad amerita cambiar sus paradigmas nosológicos para indicar aquel anticonceptivo que sea ideal a la paciente que tiene en frente.

CAMBIANDO EL PARADIGMA. DE LA EVIDENCIA MÉDICA A LA EXIGENCIA DE LA USUARIA.

Conocerse positivista, postpositivista, falsacionista o incluso fiel a las evidencias no significa mucho para la paciente si no se toma en cuenta su percepción personal ante sus expectativas respecto a sus menstruaciones, su deseo de anticoncepción, su búsqueda o

no de efectos farmacológicos beneficiosos o el manejo de sus miedos ante los efectos adversos. Es tan importante la evidencia científica que relaciona la acción farmacológica de un anticonceptivo como las expectativas que tiene la usuaria. El clínico debe entonces cambiar sus ideas preconcebidas para tomarse el tiempo para acercarse a su paciente y preguntarle sus preferencias.

Incluso existen evidencias de diferentes niveles tanto en países europeos como latinoamericanos que hablan de preferencias anticonceptivas de las mujeres en relación al estatus reproductivo, flujo menstrual, esquema anticonceptivo, presencia de dismenorrea, alteración de la libido, mejoría de calidad de pelo y uñas y estado de ánimo, comparando los diferentes grupos etarios, estatus socioeconómico, paridad, residencia y a pacientes con diferentes patologías agregadas¹⁰⁻¹². Una decisión terapéutica desafortunada desde el punto de las preferencias anticonceptivas provocaría incluso la decisión personal de la suspensión de la toma o cambio por alguna píldora con indicación arbitraria que tal vez no corresponda al contexto clínico de la usuaria¹³.

La paciente del siglo XXI de la mayoría de los estratos sociales en Latinoamérica tiene acceso a múltiples canales de información, y muchas veces conoce de los anticonceptivos antes de acudir al médico. Cuando se le informa de la existencia de un fármaco, probablemente ya lo ha investigado. Igualmente, la experiencia de la sociedad en la que se desenvuelve debe ser tomada en cuenta pues influye directamente en la aceptación de un método y constituye un material fundamental para la paciente a la hora de discutir con el médico el anticonceptivo ideal, en el marco de una relación menos vertical, más consensuada, más fundada en el respeto mutuo, en el evitar hacer daño, en respetar la autonomía de la paciente y en valorar el papel de asesor que tiene el médico sobre la base de su formación y de su humanidad.

REFLEXIONES FINALES

Una indicación ideal sería entonces aquella que le sea útil a la paciente, en donde se tome en cuenta a la pareja que busca planificación familiar de una manera íntegra, conciliando el conocimiento científico actual, en la búsqueda del punto medio entre el positivismo reinante, las evidencias actuales, la experiencia práctica y la exigencia de la mujer y su entorno, tomando importancia principal sus creencias, buscando cambiar los paradigmas en cuanto el uso de anticonceptivos y explicando con detalles la forma de actuación de cada preparado farmacológico, la importancia de su toma continua y la forma de cómo disminuir los riesgos de aparición de efectos adversos. El relacionar el entorno de la usuaria con el tipo de estrógeno o progestina que se va a utilizar haciéndole conocer sus beneficios y sus peligros. La prescripción, entonces, no solo se debe basar en la evidencia, sino también en valores y principios bioéticos, sobre todo cuando se practica una Medicina Centrada en la Persona (MCP).

BIBLIOGRAFÍA

1. Apuntes de Historia de la Medicina. Capítulo XV. Medicina del Positivismo. Publicaciones On Line de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Publicachttp://medicina.uc.cl/publicaciones-online/lista. [Online].; 2015 [cited 2015 07 04].
2. Chang C. The relationship between qualitative research and positivism. *Hu Li Za Zhi* - 01-OCT-2008; 55(5): 64-8. 2008 Oct; 55(5).
3. Cruickshank J. Positioning positivism, critical realism and social constructionism in the health sciences: a philosophical orientation. *Nurs Inq* - 01. 2012 May; 19(1).
4. Popper K. *La Lógica de la Investigación Científica*. 9788422656289th ed. Madrid: Circulo de Lectores; 1995.
5. Vargas J. Los Anticonceptivos y el riesgo de eventos trombóticos. *Gyn Update*. 2013 May; 2(3): p. 8-13.
6. Heskamp ML, Schramm GA. Efficacy of the low-dose combined oral contraceptive chlormadinone acetate/ethinylestradiol: physical and emotional benefits. *Contraception*. 2010; 81(1): p. 49-56.
7. Deecher D, Andree T, Sloan D, Schechter L. From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*. 2008; 33: p. 3-17.
8. Bernardini A, Soto JA. *La educación actual en sus fuentes filosóficas*: EUNED; 1984.
9. Sini C. *El Pragmatismo*: Ediciones AKAL.
10. Tonkelaar I, Oddens B. Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use and hormone replacement therapy use. *Contraception*. 1999; 59: p. 357-362.
11. Mojica C. Preferencias de las usuarias ecuatorianas en cuanto al uso de anticonceptivos orales. Estudio descriptivo. In Congreso Fundacional FIBAGE; 2013; Sao Paulo. p. 1.
12. Gómez PI, Pardo Y. Percepciones de uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) Estudio Cualitativo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2010; 61(1): p. 31-41.

13. Bahamondes L, Pinho F, Melo NR, De Oliveira E. Associated factors with discontinuation use of combined oral contraceptives. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2011; 33(6): p. 303-309.
14. Mojica C. Preferencias de las usuarias ecuatorianas en cuanto al uso de anticonceptivos orales. Estudio descriptivo. In Congreso Fundacional FIBAGE; 2013; Sao Paulo. p. 1.