

Nota

## Sobre el nihilismo en psiquiatría: impacto y utilidad en la práctica clínica

HUGO PISA

HUGO PISA.  
Asociación de Psiquiatras de Argentina.  
Sociedad Argentina de  
Gerontología y Geriatría.  
Universidad Maimónides  
Buenos Aires, R. Argentina  
hugo.pisa@gmail.com

El nihilismo entendido como una creencia en la nada, escepticismo extremo o rechazo de creencias y prácticas habituales irrumpe en nuestra clínica. Puede hacerlo como un hecho; un estado; una actitud; un modo de pensar o un acontecimiento a partir del cual ocurre una crisis de sentido. Es decir, el nihilismo sería un proceso por el cual algo dado pierde aquello que lo sustenta: el profesional se encuentra en una situación de desorientación que aparece una vez que fallan sus referencias tradicionales. Surge el nihilismo terapéutico. Por qué motivo se genera; cómo afecta nuestra práctica; puede tener una utilidad.

**Palabras clave:** Nihilismo terapéutico – Prevención cuaternaria – Vejez – Suicidio.

### **On Nihilism in Psychiatry: Impact and Usefulness in Clinical Practice**

Nihilism, understood as a belief in nothingness, extreme skepticism, or a rejection of customary beliefs and practices, emerges in our clinical practice. It can manifest as a fact, a state, an attitude, a way of thinking, or an event that triggers a crisis of meaning. In other words, nihilism may be understood as a process by which something loses what sustains it: the practitioner finds themselves in a state of disorientation that arises once their traditional points of reference fail. Therapeutic nihilism appears. Why does it arise? How does it affect our practice? Could it be useful?

Correspondencia:  
Hugo Pisa;  
hugo.pisa@gmail.com

**Keywords:** Therapeutic Nihilism – Quaternary Prevention – Old Age – Suicide.

## Introducción

El nihilismo está ante la puerta; ¿de dónde nos viene éste, el más siniestro de todos los huéspedes? dice el filósofo Franco Volpi que dijo Nietzsche y agrega: [que] es un huésped, sobre todo, del que, una vez en casa, no hay forma de desatenderse [13]. El diccionario de la Real Academia Española lo define como Negación de un fundamento objetivo en el conocimiento y en la moral. Y refiere como sinónimos a escepticismo, negación y anarquismo. También podemos encontrarlo como una creencia en la nada, escepticismo extremo o rechazo de creencias y prácticas habituales. Una definición que no dice poco sobre ese huésped del que habla Nietzsche; nos dice poco sobre su impacto, utilidad y potencial en la clínica psiquiátrica (y en la medicina en general) porque, como dice Volpi, una vez que el nihilismo se instala no podemos desentendernos de él y mucho menos librarnos; entonces qué podemos hacer.

Cada época se caracteriza por una cosmovisión; es decir, por el conjunto constituido por las distintas valoraciones, ideas, creencias, pensamientos e ideologías que se relacionan con el poder de manera efectiva, material y simbólica para su realización. En este marco, Herrero Senes, se refiere al nihilismo como un fenómeno ambiguo que se despliega en la época y se pregunta si el mismo constituye un hecho; un estado; una actitud; un modo de pensar; para terminar ubicándolo como un acontecimiento que a la vez que afecta, desfundamenta. En esa línea define al nihilismo como un proceso por el cual algo dado pierde aquello que lo sustenta [7]. Podríamos decir que nuestra práctica se asienta en nuestro conocimiento, formación y experiencia; ¿qué hace que, como psiquiatras —profesionales de la salud—, surja ese sentimiento de pérdida de aquello que constituye nuestra base?; ¿cómo afecta nuestra práctica?; ¿puede tener una utilidad?

### Un caso: a propósito de una película

*Hombre mirando al sudeste* es una película de director Eliseo Subiela que se estrenó

en 1986. En la primera escena se puede escuchar el monólogo del psiquiatra (el Doctor Denis); ocurre justo después de que un paciente le relata su intento fallido de pacto suicida con su pareja y le implora ayuda. «[...] y yo le fallé doctor ¿cómo puede ser?, usted me tiene que ayudar». A continuación, el monólogo y pensamientos del psiquiatra [9]:

¿Quién le dijo a este infeliz que yo puedo ayudarlo.

Mejor le haría un sacerdote.

Nunca se va a sacar de encima esas imágenes.

Lo voy a dopar.

En poco tiempo desaparecerá entre los otros.

Será uno más y nunca volverá a ser uno.

¿Cuál sería su reacción si yo moviera mi mano y la pusiera sobre la de él. Él no debe esperar que yo haga eso, yo tampoco lo espero.

Pobre idiota todavía no entendió que este es su castigo... una agonía prolongada.

No te salvaste viejo.

Bienvenido al infierno.

Vislumbramos en este monólogo un marcado escepticismo; así como un pesimismo excesivo sobre el pronóstico y un plan nihilista de tratamiento que podríamos definir como pasivo/reduccionista; que pone de manifiesto la creencia de que tanto el tratamiento, así como su accionar profesional, es inútil para la recuperación del paciente; y el objetivo en este contexto pasa a ser neutralizar e institucionalizar a la persona. Tales son las características propias de una actitud nihilista en la práctica clínica.

¿Cómo podríamos caracterizar a esta actitud?

### Nihilismo terapéutico

Podríamos hipotetizar que la «situación clínica» que mencionamos se debe a una crisis de sentido. Dicho de otro modo, el profesional se encuentra en una situación de desorientación a causa de haber perdido sus referencias tradicionales; es decir los ideales y valores que daban respuesta a las preguntas sobre el para qué de lo que hace o hará [13].

Ahora bien, cuál sería o podría ser la raíz de ese nihilismo terapéutico. En primer lugar, podríamos mencionar una influencia clave: la exposición acumulativa y constante a enfermedades crónicas e incapacitantes que domina la experiencia cotidiana de los psiquiatras. En segundo lugar, paradoja mediante, esta misma experiencia es la que moldea la creencia y la percepción del pronóstico y puede contribuir, a su vez, al nihilismo terapéutico a partir del sesgo cognitivo que lleva a los profesionales de la salud a mantener una percepción distorsionada y excesivamente pesimista de una enfermedad —esquizofrenia y bipolaridad, por ejemplo—, a pesar de que las evidencias muestren un pronóstico positivo respecto de la evolución y recuperación [8].

Hay un trabajo en el que un hombre relata su mala experiencia como paciente y se refiere al nihilismo en psiquiatría como parte del problema. Dice:

Esa tradición podría explicar mi escaso expediente médico, la desaparición del paciente y su familia, mi historial médico, la falta de exámenes de mi estado mental, la falta de pruebas diagnósticas, los diagnósticos erróneos, la atención deficiente y la ausencia de notas del supervisor. Quizás mi psiquiatra utilizó la psiquiatría nihilista conmigo. Me preguntaba si los investigadores suelen ver evidencia de nihilismo en la práctica clínica [12, p.292].

En esa línea Eric M. Plakun advierte que algunos médicos pueden enfermarse tan-

to con «la frustración y la desesperación inducidas por los pacientes refractarios al tratamiento que, sin darse cuenta, pueden responder, como parte de una postura nihilista, con una reacción sádica de contra-transferencia» [10]. Por su parte, Robert Sealey agrega que el nihilismo puede explicar por qué algunos psiquiatras optan por la alternativa de no hacer nada en lugar de utilizar prácticas estandarizadas. Si un médico nihilista cree que las directrices no tienen sentido, entonces puede observar el deterioro de los pacientes enfermos, ignorar procedimientos, omitir pruebas de diagnóstico y suspender tratamientos. En estos casos puede ocurrir que los pacientes tratados por un psiquiatra nihilista no obtengan diagnósticos precisos ni atención adecuada. Como antídoto contra el nihilismo en psiquiatría, las directrices prácticas son recursos con los que contamos para diagnosticar al mismo tiempo que nos permiten delinear nuestros tratamientos e intervenciones [12].

¿Qué otras formas puede adoptar y/o en qué situaciones puede impactar el nihilismo terapéutico en la práctica?

### El suicidio

La propuesta de Benjamin J. Sadock, al menos, llama —o debería llamarnos— la atención. Sugiere la necesidad de un nuevo paradigma que sostenga que algunos suicidios son inevitables como, por ejemplo, sucede con los enfermos mentales graves en los cuales el suicidio es el desenlace natural; situación que, tal como él refiere, constituye un desafío constante para la psiquiatría. El objetivo que persigue Sadock es disminuir la sensación de fracaso e insuficiencia que muchos psiquiatras experimentan ante el suicidio de un paciente y aumentar la comprensión del perfil biopsicosocial de aquellos cuyos suicidios parecen inevitables. Enfatiza que este paradigma no debe malinterpretarse como nihilismo terapéutico sino que debería servir

para estimular los esfuerzos con relación al tratamiento de estos pacientes de manera más efectiva [11].

Ante la temática que desarrollamos, surgen los siguientes interrogantes: ¿el nihilismo surge como una respuesta ante lo «inevitable», en este caso, del suicidio?; y de ser así, ¿podríamos plantear esa postura como un factor de riesgo?

Los psiquiatras —continúa B.J. Sadock—, al igual que otros médicos, tal vez tengan que reconocer que algunos trastornos psiquiátricos están asociados con una alta tasa de mortalidad como algo inherente a la patología. Esto podría conducir a una mayor actitud preventiva a partir de tener una visión más realista de lo que se puede y no se puede lograr con la terapia y los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con alto riesgo suicida, con el objetivo de reducir, justamente, ese riesgo. Asimismo, comunicar a las familias con anticipación que el suicidio es una posibilidad, debería llevarse a cabo desde el comienzo del tratamiento. En ese sentido, dice, los oncólogos son un buen ejemplo de médicos que saben que perderán pacientes a pesar de tratamientos médicos o quirúrgicos agresivos. Como los psiquiatras, se afligen cuando uno de sus pacientes fallece, pero a diferencia, no se sienten acosados por dudas, recelos y sentimientos de culpa.

### La vejez

Cuadros de curso crónico; múltiples tratamientos psiquiátricos; en fin, situaciones que se encuentran implicadas al asistir a personas que transitan esta etapa de la vida. Un artículo de 1975 refleja la plena actualidad del problema. Dice: La psiquiatría ha mostrado un sentimiento de inutilidad y nihilismo terapéutico respecto de la vejez. Los psiquiatras se apresuran a suponer que la persona mayor es demasiado grande para recibir un tratamiento, una mala inversión para la psicoterapia, demasiado resistente al cambio o

intratable debido a la edad: hay endurecimiento de las arterias y senilidad [5]. En ese sentido, podemos toparnos, desde el equipo de salud, con expresiones como: «Te molestaría si la dejo de atender... La supervisé y la verdad es que no se puede hacer nada. No se implica. No tiene conciencia de lo que hace»; «Va de *acting* en *acting*. Creo que deberías internarla involuntariamente»; son situaciones que reflejan el nihilismo terapéutico que se manifiesta como una sensación de inutilidad y escepticismo con respecto a la vejez o la cronicidad de una enfermedad. Asimismo, los pacientes también pueden tener una actitud nihilista como la expresó una mujer de más de 90 años al hacer la siguiente pregunta: ¿No me recetaría una pastilla para morirme?; aquí el nihilismo terapéutico puede traducirse en una actitud de lástima y pasividad clínica a partir de asumir que un paciente es demasiado mayor para recibir tratamiento, un mal candidato para la psicoterapia, o intratable debido a la edad o el deterioro.

¿Qué vamos a hacer para tratar a estas personas a medida que envejecen?, pregunta el autor James I. Ausman, si un paciente se encuentra bien a los 60, 70, 80 o 90 años, ¿no merece ser tratado? Entonces, ¿tenemos, como médicos, un prejuicio respecto del tratamiento de pacientes mayores? ¿Por qué? Porque «son mayores», «este paciente tiene 80 años», lo que significaría que no vivirá mucho más; por lo tanto, no debemos ser tan «enérgicos» con relación a su cuidado [1]. En este caso, el nihilismo terapéutico puede ser el reflejo de prejuicios como el «*edadismo*» o «*viejismo*» entendido como la tendencia a estereotipar y discriminar a las personas por su edad. Es lo que puede explicar, por ejemplo, que la depresión en la vejez sea a menudo subdiagnosticada y por ende subtratada: puede pensarse que la presencia de síntomas compatibles con depresión constituya una respuesta normal o «justificable» a las circunstancias que le tocó vivir, como enfermedades o eventos vitales [4].

Cabe preguntarse si tenemos prejuicios contra las personas mayores. Si es así, ¿por qué?; ¿qué podemos hacer?

### El modelo de «medicina amable»: ética y clínica

A continuación delinearemos un marco ético y clínico respecto del nihilismo en la práctica psiquiátrica. Para comenzar, estableceremos una postura ética en línea con la reflexión y sugerencia del filósofo Alain Badiou. El mismo expresó que:

El enemigo [para los miembros del equipo de salud] es la idea del loco definitivo, del incurable, [...]. La posición ética no renunciará jamás a buscar en esta situación una posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es —será— movilizar [...] todos los medios intelectuales y técnicos posibles. Solo hay ética si el [equipo interdisciplinario], día tras día confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja de ser un creador de posibilidades [2].

A partir de este posicionamiento, desarrollaremos, en un intento de poner en tensión nihilismo terapéuticos que vimos hasta ahora, un «antídoto», un nihilismo que (con)tenga una utilidad en la práctica. Es lo que propone el artículo de Cosgrove *et al.* cuando dice que el marco conceptual del nihilismo médico podría ayudar a los investigadores y médicos a comprender y abordar los daños causados por afirmaciones demasiado contundentes sobre la eficacia de los medicamentos psicotrópicos. Propone que la psiquiatría, y el campo de la salud mental en general, adopten un modelo de «medicina amable» con respecto tanto al diagnóstico como al tratamiento de las condiciones de salud mental y centren una mayor atención en las causas de la angustia o depresión del paciente —por citar un ejemplo—. En ese sentido, «decreer» permitiría cuestionar, por ejemplo,

si «depresión resistente al tratamiento» es un nombre inapropiado; Es muy posible que el problema esté en nuestros tratamientos y no en el paciente [6].

Este enfoque de la «medicina amable», se alinearía con lo que propone la prevención cuaternaria; esto es, entre otras cosas, cuestionarnos. De esta manera, nuestras intervenciones serán menos agresivas; apreciaremos más la seguridad sobre la eficacia; contemplaremos —y aprenderemos sobre— los beneficios de las diferentes disciplinas médicas y no-médicas que asisten a una persona con una enfermedad mental más allá del tratamiento psicofarmacológico. En fin, constituye una dosis de humildad epistémica e intelectual en la práctica diaria que nos permitirá no sólo advertir el subtratamiento (nihilismo terapéutico), sino también criticar el sobretratamiento y el reduccionismo impulsado por otros intereses, promoviendo un modelo más cauteloso y humano: el de la medicina amable.

### Palabras finales: conclusiones

El autor Juan A. Blanco Elena sugiere que lo que en el nihilismo hay de negativo es preciso pensarlo desde la más estricta unidad con lo que en él haya de positivo [3]. Si tenemos en cuenta esta recomendación, contemplar la presencia del nihilismo en la práctica clínica nos permitirá reorientar nuestra actitud y motivaciones, superar nuestros sesgos y prejuicios, así como dejar de pensar al psiquiatra, sólo, como psicofarmacólogo y reubicarlo —y reubicarnos— como profesionales con una mirada integral, con modelos de tratamiento centrados en la persona.

Tener presente al nihilismo terapéutico constituye una puerta para problematizar nuestra práctica; lo que, desde la perspectiva que nos brinda la prevención cuaternaria, sería una forma de mejorar la calidad de la atención:

- Puede ser útil para prevenir o evitar el subtratamiento y el subdiagnóstico, como

ocurre con la depresión en la vejez; así como la pasividad clínica cuando se asume que un paciente es demasiado mayor o intratable. Otra situación frecuente en la práctica es «normalizar»; es decir, interpretar una circunstancia difícil —por ejemplo— como una «respuesta normal», «comprensible» o «justificable»; lo que puede derivar en el subtratamiento. Identificar esta tendencia es esencial para legitimar la presentación de la tristeza como una razón válida para una consulta.

- Contribuye a reconocer o mitigar sesgos cognitivos y emocionales —contratransfe-

renciales— y de esta forma, abordar nuestras propias limitaciones y actitudes. Estos sesgos pueden generarse, como dijimos, a partir de la exposición crónica a enfermedades persistentes y discapacitantes.

El nihilismo, sugiere Herrero Senes, debe ser experimentado y reconocido en su inusual ambivalencia: como un estado crítico de desfundamentación al mismo tiempo que como síntoma de recuperación y transformación [7].

## Referencias

1. Ausman JI. Therapeutic nihilism and the elderly. *Surg Neurol.* 2008;69(5):546-7. PMID: 18424303 DOI: 10.1016/j.surneu.2008.02.019
2. Badiou A. Reflexiones sobre nuestro tiempo. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado; 2000. pp 37-45
3. Blanco Elena JA. Arte vs técnica: ¿puede la ciencia sobrevivir al nihilismo? En: Ávila R, Estrada JA, Ruiz E, eds. Itinerarios del nihilismo. La nada como horizonte. Madrid: Arena libros; 2009. pp 83-90
4. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Carolyn Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006;23(3):369-77. PMID: 16476699 DOI: 10.1093/fampra/ctm115
5. Butler RN. Psychiatry and the elderly: an overview. *Am J Psychiatry.* 1975;132(9):893-900. PMID: 1098483 DOI: 10.1176/ajp.132.9.893
6. Cosgrove L, D'Ambrozio G, Herrawi F, Freeman M, Shaughnessy A. Why psychiatry needs an honest dose of gentle medicine. *Front Psychiatry.* 2023;14:1167910. PMID: 37151963 DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1167910
7. Herrero Senés J. El nihilismo. Disolución y proliferación en la tardomodernidad. Barcelona: Ed. Montesinos; 2009. pp 43-51
8. McGorry PD, Mei C. Why do psychiatrists doubt the value of early intervention? The power of illusion. *Australas Psychiatry.* 2020;28(3):331-4. PMID: 32436728 DOI: 10.1177/1039856220924323
9. Moriremos. Eliseo Subiela. Hombre mirando al sudeste [Archivo de video]. 10 marzo de 2012. [https://youtu.be/oOPhLQWscPc?si=68B4\\_cSRH5YrrR5S](https://youtu.be/oOPhLQWscPc?si=68B4_cSRH5YrrR5S)
10. Plakun EM. Treatment-refractory mood disorders: a psychodynamic perspective. *J Psychiatr Pract.* 2003;9(3):209-18. PMID: 15985933 DOI: 10.1097/00131746-200305000-00004
11. Sadock BJ. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *J Psychiatr Pract.* 2012;18(3):221-4. PMID: 22617088 DOI: 10.1097/01.pra.0000415080.51368.cf
12. Sealey R. One patient's search for antidotes to nihilism in psychiatry. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(3):291-4. PMID: 14982340 DOI: 10.2975/27.2004.291.294
13. Volpi F. El nihilismo. Madrid: Ed Siruela; 2007. pp 13-17