

“Pensar”, una palabra con múltiples sentidos

El texto completo de la disertación del **Dr. Alberto Agrest** en el **Encuentro IntraMed “Pensar”**. En esa oportunidad también participaron con exposiciones acerca de los múltiples sentidos de la palabra **“Pensar”**: Eduardo Alejandro Barrio (filósofo), Diego Golombek (biólogo), Facundo Manes (Neurociencias)



PENSAR EN MEDICINA

Dr. Alberto Agrest

Introducción.

Pensar sobre el pensar.

Pienso en el pensar como un juego de la conciencia, un juego de preguntarse y contestarse, preguntarse como y porqués. La intención pareciera ser excluir el azar, excluir el caprichoso porque sí.

En este juego se trata de: dado un efecto descubrir una causa (reconstrucción histórica de hechos consumados) y si la causa está presente predecir un efecto (creación probabilística). Una acrobacia de la mente, pasar del pasado al futuro. En medicina se trata de pasar del tiempo del diagnóstico al tiempo del pronóstico y de ahí a la decisión y a la acción.

Parecen ser actividades de la conciencia: el percibir, el recordar, el imaginar y el relacionar. Para mí relacionar con palabras es pensar (equivalente de razonar). Como todo juego esto tiene reglas y resultados.

Tengo la impresión que también se puede relacionar sin palabras y esto me parece que se da en el mundo emocional. Relacionar sin palabras no es razonar.

Pensar sin y sentir simultáneamente, quizás podrían hacerlo psicópatas y seguramente los robots si se excluye a Sonny, el sensible Yo, Robot de la película basada en el libro de igual título de Isaac Asimov, para el resto de nosotros es inevitable sentir cuando se piensa.

Las reglas del pensar son las de la lógica de la inferencia: la deducción, la inducción y la abducción o retroducción y las de la gramática con sus sujetos y predicados. Los resultados son las conclusiones y las conclusiones pueden ser falsas o verdaderas, aceptables o inaceptables.

Pensar parece ser, simplemente, dialogar consigo mismo.



Se puede pensar bien o mal, creativamente o para activar la memoria, se puede pensar desde algo consciente o desde la nada, una nada que algunos suponen que está en el subconsciente o en el inconsciente. Se piensa pues para crear o recrear.

Son elementos básicos del pensar las percepciones de la observación, la memoria del conocimiento y la imaginación, pensar es relacionar las 3 cosas. Quizás se pueda pensar sólo con imágenes, sin palabras, como transitar un atajo en lugar del camino del razonar con palabras, quizás sea esto reconocer modelos y esto subyace lo que llamamos intuición.

Los resultados del pensar, las conclusiones, pueden ser aceptables o inaceptables para el pensador y esto se llama reflexión que es pensar sobre las conclusiones del pensar y buscar las fallas del proceso.

Las conclusiones pueden ser verdaderas o falsas. La verdad que está en la lógica se supone eterna, la verdad que está en las cosas a las que se accede por la imaginación y la investigación, esta verdad, es siempre provisoria.

El pensar, sin embargo, no es un proceso lineal y continuo. Interrumpen esta linearidad, como interferencias, los olvidos el agotamiento y las distracciones. Para pensar analíticamente hay que estar alerta a ello. Quizás para pensar creativamente hay que permitirse la irrupción del desorden en el pensar. Es del caos que parece surgir la oportunidad de la creación. Hay por cierto también un peligroso hacer sin pensar.

¿Qué ocurre con el pensar en medicina?, ¿Cómo se piensa en medicina?

En medicina pensar es interpretar lo que se oye del relato de los pacientes el espontáneo y el de las respuestas a preguntas, interpretar lo que se observa desde el comienzo de la entrevista, lo que se palpa, lo que se percute y lo que se ausculta.

El relato es el directo del paciente o de quien asuma su representación, parientes, colegas y personal auxiliar. Interpretar es relacionar lo que se observa con lo que se sabe es poner en juego una inteligencia naturalista que reconoce categorías e incluye dentro de una categoría el producto de su interpretación.

Interpretar es, a su vez, hallar la metáfora adecuada, una expresión de significado no literal pero capaz de movilizar la imaginación y mejorar así la interpretación para ser docente consigo mismo o con el otro, el otro es cualquier otro: el paciente o su “subrogante”, el colega o quien corresponda. Hallar e interpretar (decodificar) es una tarea de arqueólogos, esta etapa del pensar médico podría llamarse arqueológica.

¿Cuántas propiedades faltan para completar la categoría y cuántos elementos sobran para la categoría elegida?, ¿cuánto apartamiento es aceptable para conservar una categorización que siempre será hipotética?, comienza así un algoritmo, los caminos del pensar plantean alternativas y elecciones, este es un pensar filosófico, ¿es así el pensar médico?, ¿es tan metódico y sistemático?, diría que no.

Es difícil tener la información completa para que la elección sea tan racional en un lapso de tiempo tan limitado como es el de una consulta médica aunque ese tiempo puede extenderse postergando la conclusión.

En el pensar del médico influyen sus conocimientos, sus experiencias más recientes con aciertos o errores, su valoración de las consecuencias del error en la elección de una u otra alternativa, la

premura para activar la respuesta a una elección, la auto evaluación y el grado de confianza en las propias capacidades en una u otra elección.

Se trata de un pensar práctico, esto es la *fronesis* aristotélica ¹. Sus conocimientos son por un lado su ciencia y por otro lado su experiencia, esta última reúne cuentos con moraleja que generan reglas, máximas y aforismos, con la débil pero movilizadora pretensión de ir de lo particular a lo general. Tan movilizadora como peligrosamente alejada de la realidad.

En el pensar médico existe una manipulación cerebral de una información asequible como tal o ya transformada en conceptos dirigida a resolver problemas, razonar y tomar decisiones.

El pensar puede ser un proceso destinado a reconocer una verdad sometiendo los conceptos al análisis lógico y a informaciones demostradas.

Intervienen en el análisis lógico la deducción, la inducción, la abducción y las reducciones al absurdo y son informaciones demostradas las que surgen de la lógica y de evidencias experimentales. Esta es una etapa de inferencias, del pensar médico similar al pensar de un detective, la llamaría etapa detectivesca². Arqueólogo y detective el médico se convierte en una mezcla de Champollion y Sherlock Holmes.

El problema del pensar médico es que puede destinarse a persuadir más que a informar y utilizar para ello silogismos incompletos. Son entimemas esos argumentos retóricos para persuadir mientras que los silogismos son los utilizados para demostrar, el pensar médico entra así en el terreno de la ética.

En la relación médico-paciente hay mucho de intención de persuadir para reducir temores y ansiedad, para conseguir adherencia al tratamiento o a procedimientos diagnósticos y para fortalecer el grado de dependencia médica del paciente. Para esto el médico adopta una imagen real o simulada de confianza en sus conclusiones. El problema de la confianza real puede representar una intolerancia a la incertidumbre con el riesgo de no tomar conciencia de la probabilidad de error. Es la convicción lo que socava la tolerancia a la incertidumbre y hay que reconocer que esa convicción es más veces producto de la ignorancia que del conocimiento.

¿Cómo pensamos los médicos?

Debe recordarse que en medicina, con pretensión de ciencia, la generalización ha ocurrido como producto de observación de casos individuales (mecanismo inductivo) y que, en ese proceso de generalización, buscando similitudes, se han despreciado características individuales y que la generalización fue una conclusión sólo probabilística. Esto constituye el cuerpo de la información médica, su ciencia.

La reflexión me permite pensar como pienso yo y en esto habrá mucho de sobrevalorarse y de autoindulgencia para escapar a lo abrumadora que son las dudas médicas, la incertidumbre y una responsabilidad cuanto menos inquietante. Personalmente creo que pienso mejor habiendo aprendido a tolerar la incertidumbre.

¿Cómo piensan los demás médicos? , tendría que decir que lo deduzco principalmente de los errores que cometen. Son los errores en el proceso de pensar. Los errores más comunes son los que surgen de historias clínicas deficientes. Pero existen errores del pensar que me han permitido establecer una ley; “cuando un especialista no sabe lo que tiene un paciente, el

¹ Kathryn Montgomery. “How doctors think”. Oxford University Press. 2006

² Quizás debiera decirse que son los detectives los que medicalizan su modo de pensar

paciente sufre una enfermedad de esa especialidad". Es que cuando un especialista está acostumbrado a ver con frecuencia una enfermedad olvida los extremos de la curva de Gauss. Ha establecido categorías con propiedades absolutas y olvida la presencia o ausencia de propiedades de muy baja probabilidad.

La otra fuente de error en el pensar es establecer órdenes de importancia más basadas en la frecuencia que en la especificidad de las propiedades presentes o ausentes. Finalmente es causa de error una confianza imprudente en las propias capacidades.

En medicina pensar debe llevar a una decisión y a una acción y en los abismos que separan estas etapas acecha un componente emocional y fallas en la concentración, olvidos y distracciones, capaces de distorsionar un curso racional. Quizás sea esto lo más frecuente cuando uno analiza sus propios errores. Es sabido que las conductas se hacen muchas veces incomprensibles para la razón.

En realidad el pensamiento médico puede dividirse en tres etapas, la primera es la del diagnóstico y el pronóstico, la segunda es la de la decisión que se toma en un mar de incertidumbres y la tercera es la de la acción o inacción sobre el paciente que entra en el terreno de la ética.

¿Hay reglas para arribar a un diagnóstico?

Sí existen reglas. Son reglas una historia clínica que se debe escuchar con atención puesta en la coherencia o incoherencia y tratar de descubrir si esa coherencia es propia o implantada por la interpretación previa de los médicos o afines.

Es de regla una semiología atenta a las propias habilidades que le den sensibilidad y especificidad a los hallazgos.

Es de regla tener los conocimientos y dedicar tiempo a consultar información, aun de lo que se cree saber. Hay que recordar que lo más común es lo que se enfrentará con más frecuencia pero que los pacientes se deleitan siendo excepciones.

Una regla básica del diagnóstico es plantearse el margen de error para cada alternativa diagnóstica. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de equivocarse en cada una de las alternativas? El diagnóstico es sólo el prolegómeno de un pronóstico y de una decisión y las decisiones si se aceptan tienen consecuencias.

¿Existen formas de pensar para las decisiones?

Una vez planteado el o los diagnósticos probables se elige el que tendrá mayores probabilidades de beneficiar y el que tenga la menor probabilidad de perjudicar. Una metáfora puede ser ilustrativa esto es como si después de anunciar su pronóstico, por ejemplo de 30% de probabilidades de lluvia tuviera que aconsejar si se debe o no llevar paraguas y ahí comienza una etapa que en medicina es el juicio clínico (clinical judgement) ¿Qué le pasará si llueve y no lleva paraguas?, ¿qué grado de daño?, ¿qué le pasará si lleva el paraguas?, ¿que peso tiene el paraguas?, ¿tolerará el esfuerzo de llevarlo?, durante cuanto tiempo deberá llevar el paraguas?, ¿qué grado de trastorno puede provocar este esfuerzo?. Y finalmente ¿es éste el momento oportuno de aplicar tal decisión?

El juicio clínico es aquí de análisis del contexto y este contexto es individual. El buen juicio clínico es tener la visión más amplia posible del contexto.

¿Existen formas privilegiadas de pensar en Medicina?,

El privilegio es pensar, no abandonar la intuición pero razonar. El objetivo médico que debe pretender la sociedad es vivir mejor sin acortar la vida y vivir más sin sumir la vida en dependencia y en una decadencia que invalida física y psíquicamente. El diagnóstico, el tratamiento y la prevención, las decisiones todas, deben cumplir ese objetivo.

Por otro lado, corresponde comprender que la certidumbre es más una condición emocional que racional en la toma de decisiones. Éstas se suelen tomar más por el valor estimado subjetiva y emocionalmente que por el valor numérico porcentual de riesgos y beneficios.

En cualquier decisión habrá pacientes que se benefician y pacientes que se perjudican. Hay en esto aspectos cuantitativos, qué porcentaje se beneficia y qué porcentaje se perjudica. Eso no es todo, hay que valorar si los beneficios y perjuicios son inmediatos o tardíos y cuánto de tardíos; hay que valorar si el perjuicio puede ser inmediato y el beneficio tardío o al revés si el beneficio es inmediato y el daño tardío. Hay que valorar la importancia para el paciente de estos beneficios y perjuicios, esta valoración está a cargo del paciente y no del médico, pero es obligación del médico concienciar al paciente con silogismos no con entimemas. El médico debe ser socrático y no sofista y ésta puede ser una tarea docente que requiere capacidad docente y paciencia. Hay que confesar que no sabemos como comparar el riesgo inmediato de una acción médica con el riesgo futuro de la enfermedad.

En Medicina el pensar es un proceso que precede a una decisión y a un actuar, lo cierto es que hay abismos entre el pensar y el decidir y entre el decidir y el actuar. En estos abismos acechan interferencias, son tales las distracciones, los sentimientos y los hábitos. El puente entre el pensar y la decisión lo genera la voluntad de hacer, el puente entre la decisión y la acción lo genera la capacidad de hacer, un hábito que genera una compulsión irracional y sobre todo superar la inacción que genera la incertidumbre. Esta capacidad de hacer algo que afecta a otro es el poder. Compulsión irracional y pérdida de concentración son las que acechan y tuercen nuestras conductas racionales. El buen juicio clínico limitará las compulsiones irracionales lo que sólo es posible si no se pierde concentración.

¿Cómo procesamos la información ante un caso clínico concreto?

La información médica está en bolsas de residuos de la memoria, bolsas que deberían separarse, la de los residuos de conceptos aprendidos en la experiencia (la moraleja de cuentos anecdóticos), la de conceptos aprendidos en la lectura, la de conceptos aprendidos en la comunicación cercana con colegas e instructores y aun de conceptos aprendidos a distancia en clases y conferencias. El pensar médico es un reciclaje de conceptos, algunos más reciclables que otros.

Un orden decreciente de “reciclabilidad” sería para mí: 1º los residuos de la experiencia, 2º los residuos de lo aprendido con colegas e instructores, 3º los residuos de lecturas, y finalmente 4º los residuos de clases y conferencias. Todo esto debe filtrarse por un control de calidad a cargo de los sistemas informáticos actualizados. Se debe luchar contra la tendencia a considerar “no es nada” (quizás debiera decirse “es nada”) todo lo que no se entiende.

¿Cómo opera la intuición en Medicina?

La intuición es eso que nos hace elegir una determinada bolsa de residuos como la primera y consiste en aplicar el reconocimiento de un modelo extraído de experiencias anteriores, manera de buscar la solución de un problema mediante métodos no rigurosos, como por tanteo, reglas

empíricas, etc. es así un razonamiento práctico. Uno de los problemas del proceso de pensar es la inercia, el modo de pensar inicial tiende a perpetuarse y esto es independiente de si la idea inicial ha sido acertada o equivocada. Cuando la idea inicial resulta acertada lo llamamos intuición, pero lo más probable es que la intuición sea errada si sólo abrimos la primera bolsa. Acertar por intuición no es un milagro, las probabilidades de acertar por azar no son tan bajas, pero la intuición no es un método confiable.

¿Puede mejorarse el proceso de pensamiento en Medicina?

Creo que sí pero hay que recordar que el proceso de pensar se inicia mucho antes de ingresar a medicina. El hábito de pensar, razonar, interrelacionar conocimientos dependen quizás de una forma especial de inteligencia, pero que es mejorable con el desafío de obligarse a argumentar ante los demás y ante sí mismo, algo así como internalizando a Sócrates. Tolerar la incertidumbre y luchar contra una reacción neurótica de confianza excesiva se convierten en una suerte de prevención de errores. Tolerancia a la incertidumbre no significa complacencia con el error, como dijera Carlos Darwin es más veces la ignorancia que el conocimiento lo que engendra confianza en si mismo.

¿Cómo aprendemos y cómo enseñamos en Medicina?

La pregunta es ambigua, ¿se refiere a cómo ocurre en realidad en nuestro país? o ¿cómo creemos que debería aprenderse y enseñar? Si se refiere a cómo ocurre en nuestro país diría que mal si se atiende a los resultados de los exámenes para ingresar en residencias médicas. Personalmente pienso que afortunadamente el buen estudiante es indestructible y como los pájaros aprenden a volar sin métodos ni teorías, aprende medicina haciendo medicina. La exigencia es resolver problemas, las herramientas son los conceptos básicos y aprender a utilizarlos

De Sherlock Holmes al Dr. House: ¿Qué es la abducción?

Según C. S. Peirce la abducción es un mecanismo de inferencia que a diferencia de la deducción e inducción que asume que sus conclusiones son ciertas, en la abducción la conclusión es hipotética, tal es el conocimiento que prácticamente se puede aplicar a casos particulares. Si en la deducción se va de lo general a lo particular y en la inducción de lo particular a lo general, en la abducción se va de lo particular a lo particular. En la abducción los resultados son observaciones de interpretación aceptada y se busca una regla que abarque todos los resultados con mayor probabilidad y se formula un diagnóstico que es la hipótesis que se considera más probable. A continuación se pone a prueba esa hipótesis enfrentándola con la realidad y así se confirma o se deshecha. Desde los príncipes de Serendip a Sherlock Holmes al actual Dr- House de la televisión se ha ensalzando las virtudes de la abducción. La admiración surge del carácter creativo, del resultado sorprendente y de los beneficios inesperados que resultan de la abducción. La abducción para mí es un acto acrobático sorprendente que desafía la gravedad del hábito.

¿Pensamos hoy los médicos?

A mi entender están ocurriendo dos fenómenos, el primero que estamos siendo forzados a tomar decisiones como actos reflejos programados, del mismo modo como substituímos vigilantes por semáforos y el segundo es que nos estamos entrenando para pensar decidir y reaccionar más rápido. Me da la impresión que mejoramos las funciones de estructuras subcorticales y del tronco cerebral a expensas de las funciones de estructuras corticales.

Estamos asistiendo a una lucha entre el pensar y el obedecer, el pensar es un esfuerzo y tiene el riesgo del error, obedecer es más cómodo y transfiere nuestra responsabilidad pero el problema es fijarse bien a quien obedecemos.

En el mundo, en la Argentina y en medicina asistimos al mismo dilema, pensar u obedecer. Obedecer pensando puede ser lealtad, obedecer sin pensar es complicidad.

* Conferencia dictada por el Dr. Alberto Agrest, IntraMed 4 de Julio de 2008

Dr. Alberto Agrest

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina (1995).

Premio Maestro de la Medicina de La Prensa Médica Argentina.

Protesorero del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.

Miembro del Comité de Etica de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica.

Miembro del Grupo de Trabajo para la modificación curricular de la Fac. de Medicina de Buenos Aires.

Asesor Académico del Decano de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Relator y Moderador del panel sobre Medicalización de la Cultura en el Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (1997).

Miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (1998).

Miembro del Consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina de Córdoba.

Premio Arco de Triunfo del Hospital Francés (2002).

Publicación del libro "Nuevas reflexiones inexactas de un observador médico" Buenos Aires, 2002