

Formas de conocimiento en la medicina clínica: implicaciones para la selección y formación del médico.

Doctutor (*)



La poesía es una forma de conocer. Jorie Graham

Resumen: Este artículo explora las preguntas que se hace todo paciente enfermo, la naturaleza atemporal del paciente como persona y las formas de conocimiento no fáctico (descrito como saber hacer, saber qué, saber quién y saber cómo se siente) que son esenciales para el cuidado del paciente, pero que sin embargo, desde la perspectiva empírica (basada en la evidencia) que hoy día domina la medicina carece del status de "verdad". A partir de esto, se reivindica una forma de acercarse a la **"verdad del acto clínico"**, que parece estar conformado por una combinación de comprensión, percepción y juicio utilizado para la acción práctica, lo que Aristóteles llamó "phronesis", competencia central de los médicos excelentes, que se ha mantenido sin cambios a lo largo de los siglos.

Ways of knowledge in clinical medicine: implications for the selection and training physicians Abstract: This article explores the questions that every sick patient asks himself, the timeless nature of the patient as a person and the forms of non-factual knowledge (described as knowing how to do, knowing what, knowing who and knowing how he feels) that are essential for the care of the patient. From this, a way of approaching "the truth of the medical act" is suggested, through a combination of understanding, perception, and judgment used for practical action, what Aristotle called "phronesis", the central competence of excellent physicians which has remained unchanged over the centuries.

Los médicos han ofrecido atención y asesoramiento a pacientes concretos a lo largo de 3000 años de historia. Médicos como Hipócrates, Maimónides, Avicena, Sydenham, Osler y Marañón siguen siendo ejemplos del médico excelente. Desde nuestra perspectiva actual, sin embargo, eran ignorantes e impotentes. Sus teorías de anatomía, fisiología y causalidad de enfermedades parecían extrañas y sus herramientas terapéuticas pocas y en gran medida ineficaces. Sin embargo, deben haber sabido algo

importante y realizado alguna tarea de gran valor para sus pacientes. Nos preguntamos entonces, ¿qué sabían y qué podían hacer esos médicos? ¿Cuál es ese carácter atemporal de la medicina (1)? ¿Cómo crearon valor digno de su destacado papel social y nuestra continua admiración? Deben haber compartido prácticas comunes, competencias básicas y formas de conocimiento que se mantuvieron sin cambios a lo largo de estos milenios, al margen de la evolución del conocimiento fáctico, la innovación tecnológica y los avances terapéuticos. Los elementos constantes de la práctica médica siempre han sido los mismos: una persona enferma y un médico. Los médicos ayudan a los pacientes que padecen una enfermedad estableciendo una relación informativa y de apoyo, que les da ya sea consuelo, atención y cuidados o curación. La relación médico-paciente se basa en las preguntas y temores de cada paciente y en la experiencia, comprensión y empatía del médico. Explorar la dinámica universal de este encuentro, puede ser una forma que nos ayude a comprender qué tenían en común estos grandes médicos y a qué debemos quizás aspirar hoy ndía nosotros mismos. Pare esto disponemos de tres preguntas que son centrales:

- ¿Cuáles son las preguntas que todo paciente enfermo se hace y que los médicos han respondido?- Sin disponer de un conocimiento científico factual como el que tenemos ahora, ¿qué sabían estos excelentes médicos?- ¿Compartieron estos médicos una competencia central que se mantuvo sin cambios a lo largo de los siglos?

Las respuestas a estas preguntas pueden proporcionar información sobre cual es la naturaleza atemporal de la relación médico-paciente.

¿Qué preguntas todos los pacientes se han hecho siempre y los médicos han respondido?

Cada persona que se enfrenta a una enfermedad grave se enfrenta a los mismos miedos y busca respuestas a tres preguntas fundamentales: 1) ¿Qué me está pasando y por qué?; 2) ¿Qué me va a pasar?; y 3) ¿Qué se puede hacer al respecto? A todos los médicos se les han hecho estas preguntas y seguirán haciéndolas en el futuro mientras existan seres humanos conscientes de sí mismos.

¿Qué me está pasando y por qué?

Cada explicación está ligada culturalmente, basada en las creencias compartidas del médico y el paciente. A medida que evolucionaron el conocimiento y las creencias, también se han aplicado las explicaciones de la enfermedad y el razonamiento al "¿por qué yo?" y "¿por qué ahora?". La explicación no necesita ser verdadera en un sentido absoluto siempre que sea coherente dentro del sistema de creencias compartido. Esto lo conocemos como diagnóstico (de la palabra griega que significa "a través del conocimiento"). Las creencias de los médicos de hoy se basan en pruebas científicas y en la existencia de un fuerte vínculo entre la enfermedad y sus mecanismos fisiopatológicos a través de nuestra comprensión de la microbiología, la fisiología celular, la biología de sistemas y la interacción de la estructura genética del individuo y el medio ambiente. Este sistema de creencias es un desarrollo reciente y no es compartido por muchos grupos culturales en nuestra sociedad. Los miembros de esas culturas pueden respetar la eficacia de nuestros tratamientos sin compartir nuestras creencias o aceptar nuestras explicaciones.

¿Qué me va a pasar?

Predecir el curso de la enfermedad y el resultado final es la habilidad fundamental del médico. Ninguna otra disciplina puede pretender un conocimiento tan exacto del futuro de un individuo. El pronóstico (de la palabra griega que significa "saber de antemano") es una especie de profecía. Para los no iniciados, es poderoso y místico. A partir de unos pocos signos reveladores en un contexto específico, el futuro se revela al ojo experimentado y se predice al paciente y a su familia. Esto es algo resaltado ya desde Hipócrates y los médicos de hoy continúan esta tradición, respondiendo las preguntas de pronóstico de los pacientes con tasas, probabilidades, razones de probabilidades y otras formas de inferencia estadística. Aunque nuestros métodos de hoy son menos poéticos que los de Pythia, estas respuestas no son menos desconcertantes para nuestros pacientes y, a menudo, también para nosotros.

¿Qué se puede hacer al respecto?

Esta es la demanda de tratamiento, una solicitud para cambiar el futuro profetizado. La necesidad de tratar una enfermedad se basa en que el paciente presente un malestar ahora o un pronóstico adverso. Históricamente, la mayoría de los pacientes consultaban a los médicos por lo que se percibía como una afección grave y potencialmente mortal. La necesidad de tratamiento solía implicar un mal resultado en su ausencia. La ciencia del descubrimiento en segunda mitad del XX ofreció eficaces tratamientos desarrollados para las enfermedades y condiciones que hubieran sido mortales sólo unos pocos años antes. Los médicos nos hemos enamorado tanto de nuestra caja de herramientas terapéuticas y los pacientes nos exigen tratamiento, incluso para enfermedades menores, que es posible que estemos perdiendo el vínculo entre el pronóstico y el tratamiento. Al hacerlo, podemos comenzar a creer que nuestros tratamientos son irrazonablemente efectivos, asignando crédito a la terapia en lugar de a la naturaleza autolimitada de la mayoría de las enfermedades.

La conservación de formas de conocimiento

La actividad diaria de los médicos, es decir, la práctica de la medicina, es un oficio. Las artes curativas han pasado del maestro artesano al aprendiz novato desde los tiempos de Asclepio. Todos los oficios se aprenden realizando las actividades básicas y cada vez más complejas del oficio bajo la supervisión directa y la tutoría de trabajadores y maestros artesanos. Cada oficio tiene conocimientos especializados, trabaja con materiales únicos y requiere la realización repetitiva de tareas hasta que estas se realizan sin esfuerzo aparente, con poca reflexión consciente; la mano sigue al pensamiento y el razonamiento está en proceso tanto como la mente. Los artesanos conocen su oficio de una manera que trasciende los hechos del conocimiento de los libros, sabiendo que algo es cierto. Saber cómo hacer el trabajo, cómo trabajar los materiales para resolver el desafío creativo, es más importante que cualquier conocimiento fáctico de las materias primas o herramientas. El saber hacer solo se adquiere a través de la experiencia. Igualmente, es importante para el conocimiento la capacidad de planificar, priorizar y organizar el trabajo sabiendo qué es crucial en cada paso, cómo encaja cada acción en todo el proyecto. Esta es una habilidad que requiere un pensamiento consciente y una reflexión continua sobre los resultados que se obtendrán dados los materiales y las herramientas disponibles. La práctica de la medicina requiere conocimientos, saber hacer y la capacidad de saber qué es importante. Pero la medicina es diferente a cualquier otro oficio; nuestra materia prima es una persona, no un objeto. Como la piedra, no hay dos iguales y el material puede ser obstinado y difícil de trabajar. Así como el escultor debe negociar una forma de la piedra, el clínico negocia la atención con cada paciente. Para ser eficaz, un médico debe tener dos formas únicas adicionales de conocimiento. Debe saber quién es el paciente, aprendiendo cuales son sus dimensiones únicas y su situación vital. Finalmente, el cuidado compasivo requiere una conexión emocional con cada paciente, empatía, la capacidad de saber cómo se siente al estar en su situación única (tabla 1)

Tabla 1. Formas de conocimiento conservadas en la atención al paciente

Saber eso: los hechos

- Conocimientos específicos del oficio- Conociendo tus materiales

Saber qué: establecer la meta

- Priorización de problemas- Reconocer los desafíos- Seleccionar los fines a alcanzar

Saber hacer: hacerlo bien

- Competencia específica de la tarea- Resolución de problemas específicos de situaciones- Aprendizaje experiencial, aprender haciendo

Saber quién

- Entiende a esta persona concreta- Comprender su situación vital.

Saber cómo se siente y transmitir esa comprensión

- Empatía

Personas

La enfermedad es una abstracción creada por los médicos. La enfermedad es la experiencia del paciente como persona, y el sufrimiento, como lo define Eric Cassell en *La naturaleza del sufrimiento y los objetivos de la medicina*, es la destrucción inminente de la persona (2). Las preguntas que los pacientes solicitan en caso de enfermedad son muy personales: lo que está sucediéndome a mí, lo que me va a pasar a mí, puede cambiar mi futuro? Para comprender mejor el significado personal de estas preguntas y ofrecer respuestas a esta persona debemos comprender a las personas. Por seguir con un autor que es bien conocido y reputado en este ámbito, Cassell da una "descripción simplificada de una persona" que incluye 13 dimensiones distintas (tabla 2). Seguramente podemos incluir más dimensiones, pero nos quedaremos con estas. Todas ellas crean una persona única, compleja y en constante cambio, ya que, según la teoría de cuerdas, al menos 11 dimensiones únicas están incorporadas para crear lo que experimentamos como espacio-tiempo de cuatro dimensiones. En palabras del pintor Paul Klee ¿no es fácil llegar a una concepción de un todo que se construye con partes pertenecientes a diferentes dimensiones? (3).

Tabla 2: Una descripción simplificada de una persona; **Todas las personas tienen estas dimensiones**



Personalidad y carácter Pasado Familia Trasfondo cultural Roles Relación de uno mismo con los demás Relación consigo mismo

Conductas y actividades regularesCuerpoVida secretaFuturo percibidoDimensión trascendenteSexualidad

No hay una ciencia de las personas. Para los propósitos de la ciencia, las personas generalmente se reducen a un cuerpo biológico o se agregan en poblaciones con una enfermedad común. Los avances en la ciencia médica se han visto facilitados en gran medida por el ensayo aleatorizado. Sin embargo, el propósito de la aleatorización es eliminar la singularidad de cada individuo. Este no conlleva el estudio de las personas, sino el estudio de la enfermedad independientemente de las personas que la padecen. No se puede estudiar a una persona de esta manera. Cassell dice: a diferencia de los otros objetos de la ciencia, ¿las personas no pueden reducirse a sus partes para que se las comprenda mejor? (2). Cada persona es un sistema complejo, dinámico y autoadaptable en constante interacción con otros sistemas igualmente complejos, biológicos y sociales, la caótica experiencia diaria del mundo real. La relación médico-paciente refleja esta complejidad:

Vista en su totalidad y sin obstáculos de prejuicios, la relación entre médico y paciente es de una riqueza totalmente impredecible, propia del encuentro entre personalidades incalculables e irreductibles. Frecuentemente, el asunto del diagnóstico y el tratamiento es lo de menos (4)

La complejidad y la previsibilidad limitada de esta dinámica crea una situación muy complicada para el médico y el paciente. Russell Ackoff define los enredos o líos como ¿situaciones dinámicas que consisten en sistemas complejos de problemas cambiantes que interactúan entre sí? y señala que ¿los problemas son abstracciones extraídas de esos líos por análisis? (5). El desafío del médico es identificar y priorizar los problemas que se pueden extraer de este lío del mundo real para crear e implementar un plan con cada paciente. Pero ni siquiera esto es suficiente. El paciente necesita un médico con empatía. ¿La empatía? es una de las cualidades del médico humanista y debe enmarcar las habilidades de todos los profesionales que atienden a los pacientes? (6). Cuando se atiende al paciente en su totalidad en el contexto de su compleja vida, rara vez hay un curso innegablemente claro o una respuesta correcta a cada pregunta que planteamos.

Una ¿Competencia? básica

Actuar con prudencia es la competencia central de los médicos excelentes, independientemente del tiempo, el lugar o la cultura. Es absolutamente esencial para una atención al paciente excelente. La sabiduría se adquiere a partir del conocimiento, la experiencia y la reflexión. El conocimiento y la experiencia conducen a la comprensión. Reflexionando sobre nuestro conocimiento ganamos comprensión. Reflexionar sobre nuestra experiencia supone juicio. El médico excelente combina el conocimiento (saber eso), la experiencia (saber cómo) y la reflexión (saber qué) con sus competencias derivadas (perspicacia, comprensión y juicio) para ofrecer un consejo sabio en una variedad de situaciones complejas y, en última instancia, indeterminadas donde la incertidumbre siempre está presente y es posible que no exista una respuesta correcta. Usar esta sabiduría al servicio de una persona única requiere empatía y una comprensión profunda de esa persona.

Conservación de "formas de conocimiento" para la atención al paciente.

La competencia central de los médicos excelentes a lo largo de los siglos ha sido la sabiduría práctica, lo que Aristóteles llamó phronesis, la capacidad de determinar lo que es posible y adecuado para cada situación clínica única:

?... sabiduría para buscar consejo, para juzgar los bienes y males y todas las cosas en la vida que son deseables y que deben evitarse, para usar todos los bienes disponibles sutilmente, para comportarse correctamente en la sociedad, para observar las ocasiones oportunas, para emplear tanto la palabra como la acción con sagacidad, tener conocimiento experto de todo lo que es útil?? (7)

La sabiduría práctica no se obtiene fácil ni rápidamente. No se obtiene en la facultad de medicina, en la residencia o en un fellow becado. No hay atajos. En Un estudiante de Alabama, Sir William Osler lo expresó de esta manera: ¿la convicción más difícil de hacer entrar en la mente de un principiante es que la educación en la que está comprometido es? para toda una vida? (8). Convertirse en un médico experto requiere que un médico realice esfuerzos sostenidos durante muchos años para adquirir conocimientos continuamente, ampliar y profundizar la experiencia clínica, y reflexionar constantemente, a veces dolorosamente, sobre todo lo que experimenta y profesa saber. Baudelaire afirmaba el discutido comentario de que "todas las experiencias son buenas experiencias"

(10) y así podría serlo si mantenemos la humildad ante el éxito y aprendemos de nuestros errores manteniendo la confianza para avanzar.

Desafíos para el médico

La explosión de la información y las crecientes presiones económicas están obligando a cambios rápidos en la práctica médica y en los entornos en los que se aprende la medicina. Es muy posible que estas fuerzas estén erosionando la búsqueda de una amplia sabiduría clínica práctica. El creciente énfasis en la pericia y la competencia técnica muy restringidas como base para las carreras médicas puede crear la ilusión de que el conocimiento objetivo y la competencia técnica son suficientes para la excelencia clínica. Pero, sin un énfasis igual en la reflexión consciente, no es posible la verdadera comprensión, el juicio maduro y la sabiduría; la facultad será reemplazada por la técnica. La medicina se enfrenta a muchos desafíos y el sistema a través del cual se ofrece debe volverse más eficiente. Los cambios necesarios en el sistema de atención sanitaria están afectando la relación médico-paciente y las oportunidades de aprendizaje para estudiantes, residentes y médicos que inician su carrera. Los pacientes que habrían sido hospitalizados hace 20 años ahora son tratados como pacientes ambulatorios. Las estancias hospitalarias son cortas; la mayor parte del diagnóstico se realiza de forma ambulatoria. Las demandas de eficiencia reducen el tiempo de cada visita. Las múltiples derivaciones que se hacen con un paciente disminuyen la posibilidad de una experiencia compartida continua tanto para el médico como para el paciente, incluso dentro de un solo episodio de enfermedad. A medida que nos enfocamos más en el tratamiento de enfermedades, perdemos el contacto con los pacientes individuales como personas únicas. Personas multidimensionales, encontradas solo en entornos estrictamente clínicos, Las fuerzas económicas y sociales para el cambio representan un desafío particular para la medicina académica, que debe sostener todas sus misiones: brindar atención a cada persona; educar a la próxima generación de médicos; descubrir las causas fundamentales de la salud y la enfermedad; desarrollar nuevos tratamientos a través de la investigación traslacional; y la creación de un mejor sistema de atención de la salud. Todo ello presidido por una búsqueda de la 'verdad' en cada uno y en todas esas facetas en su conjunto. A medida que se comprime más el trabajo cada día, el tiempo para involucrar a los pacientes y estudiantes como personas se ve más amenazado. Necesitamos reflexionar sobre nuestros propósitos y obligaciones como médicos y maestros. Debemos cambiar nuestro trabajo para adaptarnos a las circunstancias cambiantes sin perder nuestros valores fundamentales y nuestra competencia. Debemos asegurarnos de que ni el paciente ni el alumno como persona se pierdan en la avalancha de información y que no permitamos que la experiencia sustituya a la sabiduría.

Necesitamos una nueva distribución de alumnos sesgada hacia hombres y mujeres con habilidades propias de personas y de equipos en lugar de conocimientos fácticos y logros individuales. Necesitamos aprendices independientes, una habilidad para toda la vida que debería haberse adquirido mucho antes de llegar a la escuela de medicina. Debemos facilitar la adquisición de conocimientos sobre las complejidades del mundo real de la vida del paciente y las obligaciones del médico. La capacidad de adquirir y retener el conocimiento fáctico ya no es el atributo más necesario del futuro médico; los hechos son ahora la parte fácil. En nuestro mundo digital, las habilidades clave son juzgar qué es lo importante y qué no, comprender cómo evaluar y gestionar eficazmente cada desafío clínico y desarrollar una visión de cada paciente como persona para que los fines perseguidos sean congruentes con los objetivos del propio paciente. Debemos llevar la educación más allá de la enseñanza de los hechos; esos se pueden aprender sin la interacción personal del alumno, el paciente y el maestro.

La educación médica podría comenzar haciendo que los estudiantes tomen una historia clínica con su enfermedad actual y los antecedentes médicos, familiares y sociales, no con fines de diagnóstico, sino para enfatizar el aprendizaje sobre cada paciente único y de su experiencia única de enfermedad. No debemos enseñar medicina hasta que hayan aprendido que son las personas. El tiempo frente a los estudiantes y residentes debe enfatizar la integración de hechos para la comprensión y el desarrollo del juicio clínico a través de una reflexión activa sobre sus experiencias de aprendizaje. Por último, deberíamos alentar y orientar a los alumnos para que se esfuercen por lograr esa sabiduría práctica que es la competencia central de todos los médicos excelentes.

¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento? ¿Dónde está el conocimiento que hemos perdido en la información?

TS Eliot, Coros de "The Rock" (11)

(*) Este artículo está basado principalmente en un artículo original de **Richard F Leblond: AN EPISTEMOLOGY FOR CLINICAL MEDICINE: AN ARGUMENT FOR REFLECTION ON THE ENDS OF MEDICAL PRACTICE AND WAYS OF KNOWING WITH IMPLICATIONS FOR THE SELECTION AND TRAINING OF PHYSICIAN**

Publicado en: Trans Am Clin Climatol Assoc. 2013; 124: 238?249.

Referencias

1. Office of Physicianship Curriculum Development, McGill Faculty of Medicine. [Accessed September 28, 2012]. <http://www.medicine.mcgill.ca/physicianship/>
2. Cassell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. New York: Oxford University Press; 2004
3. Klee P. Envisioning Information. Los Angeles: Graphics Press; 1990. On Modern Art. London, 1948; page 15. Quoted in Tufte, E; p. 15
4. Bascom GS. Sketches From a Surgeon's Notebook. In: Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E, St. James D, editors. Empathy and the Practice of Medicine. New Haven: Yale University Press; 1993. p. 33
5. Ackoff R. The Art of Problem Solving. New York: John Wiley and Sons; 1978.
6. Spiro HM. What Is Empathy and Can It Be Taught? In: Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E, St. James D, editors. Empathy and the Practice of Medicine. New Haven: Yale University Press; 1993. p. 7.
7. Nordquist R. Web site: Phronesis. About.com Guide. [Accessed September 28, 2012]. Translated from On Virtues and Vices by H. Rackam, <http://grammar.about.com/od/pq/g/Phronesis-term.htm>.
8. Osler W. Un estudiante de Alabama y otros ensayos; Madrid: Unión Editorial, 2021 p. 418.
9. Spiro HM. What Is Empathy and Can It Be Taught? In: Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E, St. James D, editors. Empathy and the Practice of Medicine. New Haven: Yale University Press; 1993. p. 11.
10. Eliot TS. Los poemas y obras de teatro completos 1909-1950. Nueva York: Harcourt, Brace & World, Inc .; 1971. p. 96