

III. Lectura crítica

Leonardo Viniegra-Velázquez*

Se habla, cada vez con mayor insistencia, de la lectura crítica; cabe interrogarse si se tratará acaso de una moda pasajera más, de otra consigna del momento o de una nueva oportunidad propicia para simular que las cosas han cambiado sólo porque las designamos de otra manera.

Para evitar confusiones y malentendidos lo primero es precisar lo que entendemos por lectura crítica. Hace más de una década nuestras inquietudes en torno a la lectura crítica configuraron una línea de investigación que persiste hasta la fecha.¹ Con base en esa experiencia afirmo que la lectura crítica es, ha sido y será una de las aptitudes decisivas e insustituibles en la elaboración del conocimiento. Esta aseveración requiere, a su vez, aclarar lo que se quiere decir con elaboración del conocimiento.

Hoy día, cuando se alude al conocimiento se piensa en las bibliohemerotecas, en los bancos de datos, en las redes de informática, todo lo cual revela una idea del conocimiento que lo equipara con información. Esta es, precisamente, la noción dominante de lo que es el conocimiento, que muchos de nosotros asumimos sin el menor reparo. Para tal concepción que privilegia el consumo de información como vía del conocimiento, una habilidad prioritaria a desarrollar sería la lectura rápida que acrecentaría considerablemente la posibilidad de consumir información; por el contrario, el dominio de la lectura crítica sería un adorno, una pérdida de tiempo. Advirtamos entonces, que asignarle relevancia a la lectura crítica lleva aparejada otra idea del conocimiento que voy a caracterizar ensayando contrastándola con la visión dominante.²

* Jefe de la Unidad de Investigación Educativa del IMSS

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Leonardo Viniegra Velázquez, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, edificio administrativo 3er. piso, Col. Doctores, 06725 México, D.F.

Visión dominante del conocimiento	Visión alternativa del conocimiento
1. El proceso de conocimiento es, fundamentalmente, consumo de información vs	El proceso de conocimiento es, básicamente, elaboración a partir de la información.
2. La información de las fuentes reconocidas por los expertos, es equiparable a conocimiento vs	La información es materia prima que debe ser transformada por la crítica para convertirse en conocimiento.
3. El acceso al conocimiento es dependiente del poder de adquisición del consumidor. vs	El acceso al conocimiento es dependiente del poder de elaboración del sujeto cognoscente
4. El conocimiento es un bien externo (mercancía) disponible para cualesquiera consumidores. vs	Sólo es conocible aquello que es relevante a la situación de conocimiento (experiencia) en la que se encuentra el sujeto.
5. Las situaciones de conocimiento, por excelencia, son propias de especialistas en espacios controlados y de excepción (el experimento) vs	Las situaciones de conocimiento surgen cuando la experiencia se transforma y adquiere, a través de la reflexión, un carácter cuestionador, inquisitivo y propositivo.
6. El nuevo conocimiento es típicamente un descubrimiento (observación de lo desconocido, vs lo nunca antes visto)	El (nuevo) conocimiento es, en principio, un producto original de la elaboración del sujeto.
7. La principal aspiración del conocimiento es la validez universal: la "verdad" que trasciende las diferencias históricas, sociales y culturales que existen entre los pueblos vs	La aspiración central del conocimiento es la pertinencia empírica: influir en el ambiente donde surge (alta correspondencia con las circunstancias) sin renunciar a ámbitos de influencia más vastos y aun universales.

La contrastación anterior nos permite percatarnos que las experiencias de conocimiento pueden ser profundamente distintas dependiendo de las ideas que las sustentan y orientan. Lo habitual es que en la experiencia de conocimiento se asuma que éste es un bien de consumo, que se genera en otra parte (ámbito del quehacer científico) y está bajo el dominio de "otros", en tal caso hablamos de conocimiento heterónomo.

Bajo una perspectiva diametralmente distinta, cuando la experiencia de conocimiento está fincada en el poder de elaboración y reelaboración del propio sujeto cognoscente, es decir que está bajo su dominio, hablamos de conocimiento autónomo.

Es claro que la escuela, a todos los niveles y con raras excepciones, edifica el currículo sobre la base de lo que he designado como conocimiento

heterónomo, de ahí la enorme dificultad para que la experiencia de las personas escolarizadas se despliegue por el camino de la elaboración del conocimiento (conocimiento autónomo). De igual manera, la elaboración del conocimiento suele ser mal comprendida, poco apreciada y menos aún practicada y profundizada.

Mencioné al principio que la lectura crítica es una aptitud decisiva en la elaboración del conocimiento, ahora ampliaré tal aseveración.

En este simposio sobre el aprovechamiento de las fuentes de información para la práctica clínica ya se ha presentado lo relacionado a la práctica reflexiva; quisiera a este respecto hacer una precisión. Una práctica, cualquiera que ésta sea, es la expresión social de las formas de la división del trabajo en una sociedad y en una época determinadas.

Ahora bien, cuando nuestro nivel de análisis no es social sino individual, lo que se nos presenta es la experiencia donde pueden coexistir diversas prácticas como, por ejemplo, un médico clínico que, además de profesor, realiza sistemáticamente investigación y pertenece a una agrupación política.

Es justamente a nivel de la experiencia personal donde encontramos gran diversidad interindividual dependiendo de la mayor o menor reflexión que la acompañe. Así encontramos en un extremo a la experiencia rutinaria desprovista de reflexión, donde las acciones adquieren un carácter repetitivo y el quehacer tiende a la degradación.

Conforme nos distanciamos de la rutina, la reflexión puede conducir a la experiencia por otro sendero donde adquiere un carácter cuestionador, inquisitivo y propositivo; al exponerse al debate, a la confrontación y a la prueba. Es aquí, donde la lectura -medio insustituible de ampliar y profundizar la reflexión sobre la experiencia- adquiere relevancia. Pero no se trata de cualquier forma de lectura; cuando la información no se cuestiona sino sólo se consume, lejos de profundizar la experiencia y hacerla más refinada e influyente, la encajona, la rigidiza y la hace vulnerable a cualquier moda.

La clave está en el hábito de cuestionar la información lo que implica, además de comprenderla e interpretarla, enjuiciarla; es decir, diferenciar, cada vez con mayor prestancia, lo que es esclarecedor de lo que es confuso; lo profundo de lo superficial; lo fuerte de lo débil, lo válido de lo espurio, lo relevante de lo trivial, lo pertinente de lo no pertinente. He aquí, precisamente, el meollo de la lectura crítica.

Antes de continuar creo necesario abrir un paréntesis para referirme brevemente a las fuentes de información. Las diversas fuentes podemos especificarlas de distintas maneras, aquí consideraré dos criterios. Si el contenido se refiere exclusiva o predominantemente a las ideas, hablamos de textos teóricos; si por el contrario alude al mundo de los hechos, estamos ante información factual. El otro criterio tiene que ver con la originalidad; encontramos así fuentes primarias como los informes de investigación factual o las propuestas teóricas de primera mano, y fuentes secundarias como los libros de texto, las recopilaciones, los artículos de revisión, etc. En el camino de la elaboración del conocimiento las fuentes primarias de la información son, sin duda, las más pertinentes.

De regreso ahora a nuestro tema, a lo que significa el cuestionamiento de la información, conviene reiterar que la lectura crítica lejos de constituir una avidez por la información, una expectativa fincada en lo nuevo o lo actual de su contenido, debe acercarse, cada vez más, a un debate entre el lector y el texto. Lo anterior significa que el lector -en nuestro caso un médico- ha ido desarrollando puntos de vista de creciente solidez, más penetrantes que, tratándose de la práctica clínica, tienen que ver, con una postura firme y decantada sobre aspectos como: el lugar que tiene o debe tener la aptitud clínica en la atención médica; cuál es el papel que el paciente debe asumir en el proceso de su atención; de qué depende que la tecnología sea una auténtica contribución del progreso del quehacer médico o por el contrario contraproducente: cuáles son los principales problemas (sociales) del ejercicio de la medicina en nuestro medio, entre otros.

El clínico con ideas propias, que ha ido refinando su proceder y profundizando su entendimiento del mundo en que vive, a través de su experiencia reflexiva, estará en condiciones de establecer un debate con el(los) autor(es) de un texto. Para analizar las características del debate es preciso distinguir varias situaciones.

Cuando nos enfrentamos a un texto teórico lo fundamental es valorar qué tanto aclara o explica situaciones problema de nuestra propia experiencia, es aquí donde debemos aprender a distinguir lo esclarecedor de lo confuso o lo profundo de lo superficial. También es necesario apreciar del texto su posible relevancia, o sea si aborda aspectos significativos para nuestra experiencia. Con gran frecuencia ideas generadas en otras culturas se refieren a realidades que nos son ajenas o tienen poco que ver con lo que nos toca vivir y sin embargo, las hacemos propias sin darnos cuenta de que lo que hacemos es encubrir añejos problemas y los suplantamos por modas fugaces cuando no espurias.

Cuando la fuente de información son los informes de investigación -los artículos- el debate se debe establecer, en primera instancia, entre nuestro enfoque (ideas, teorías) de aproximación a la situación que se indaga y el de los autores. He aquí un aspecto que se soslaya cuando se critica un informe de investigación. Puede tratarse de un estudio metodológicamente fuerte y teóricamente

débil. Por ejemplo, un enfoque de sobrevivencia y no de calidad de vida, para valorar la eficacia de un procedimiento terapéutico, puede juzgarse por una mente reflexiva que ha trascendido lo puramente biológico en su visión de la medicina, como algo trivial o irrelevante.

Hoy en día, el aspecto al que se le dedica mayor reflexión en la crítica de los informes de investigación es el relativo a la validez que deriva de ciertas características de rigor y precisión propias del tipo de estudio, del diseño, del muestreo, de las características de la población, del instrumento de medición, de los procedimientos de observación, del análisis de los datos, etc., en la que no me extenderé más ya que, con seguridad, será tratado en la exposición que sigue; sin embargo, aunque suene reiterativo, si el enfoque teórico es superficial y de corto alcance, ningún recurso metodológico puede superar esta limitación de origen, por lo que los datos así obtenidos pueden ser triviales y hasta insensatos.

Otro aspecto a considerar al cuestionar la investigación factual en sus fuentes primarias, es su pertinencia a las circunstancias donde uno actúa. Nuevamente aquí, con demasiada frecuencia, investigaciones que, por otro lado son metodológicamente fuertes y válidas, implican aspectos de la población estudiada con hondas raíces en la cultura, que de ninguna manera deben pasarse por alto y aplicarlas mecánicamente a poblaciones con otras culturas que entrañan profundas diferencias. Tal es el caso, por ejemplo, de procedimientos de intervención que prueban ser exitosos para modificar hábitos y costumbres no deseables en cierto tipo de enfermos, cuando se aplican en poblaciones con otras culturas y tradiciones, de gran arraigo, con resultados precarios y hasta contraproducentes. Otro ejemplo de falta de pertinencia es una investigación sobre la utilidad de cierta tecnología diagnóstica de alto costo, que prueba sus ventajas en un ambiente donde prevalece un uso reflexivo, selectivo e individualizado a cada caso, de los recursos diagnósticos. Cuando tal tecnología se implanta en otro ambiente donde los medios diag-

nósticos disponibles suelen usarse de manera rutinaria e indiscriminado, el resultado es un mayor encarecimiento de la atención médica y no una mejoría de su efectividad o de su calidad.

Con lo dicho puede comprenderse que al ejercer la medicina nos enfrentamos a la disyuntiva entre la experiencia rutinaria que nos degrada y la experiencia reflexiva que nos puede conducir por el camino del conocimiento autónomo y el perfeccionamiento.

Como podemos apreciar, leer críticamente es una aptitud polifacética, imprescindible para la superación de la experiencia, cuyo desarrollo supone un esfuerzo persistente y comprometido que nos conduce a la incomparable aventura del conocimiento pero no como observadores sino como protagonistas.

Tengamos presente que nuestro compromiso con las nuevas generaciones de médicos no es, como pudiera pensarse, adoctrinarlos en las grandes tradiciones de nuestra profesión, sino dotarlos de los procedimientos metodológicos que les permitan el aprendizaje autónomo, aptos para elaborar y reelaborar su propio conocimiento, capaces de transformar su experiencia en un desafío permanente que los impulse a la superación, elevando el nivel de reflexión del gremio médico, la profundidad de la crítica y la autocrítica, fortaleciendo así, desde sus cimientos, a la práctica clínica, verdadero núcleo del que hacer médico de alto nivel.

Terminaré estas reflexiones con una exhortación al compromiso y a la toma de distancia: no olvidemos que tomar las cosas en serio nos puede permitir dominarlas; tomarlas demasiado en serio o peor aún a la ligera, nos hace esclavos de ellas.

Referencias

1. **Viniegra L.** La capacidad de crítica en investigación clínica en un grupo seleccionado de recién egresados de la carrera de medicina. *Rev Invest Clin* 1986;38:219-223.
2. **Viniegra L.** El progreso y la educación, segunda parte: un replanteamiento del papel de la escuela. In. *Materiales para una crítica de la educación*. Mexico: IMSS 1999. pp. 105-45.