



El diagnóstico etiológico como discusión crítica *Aetiological diagnosis as critical discussion*

Fernando Leal Carrtero
Universidad de Guadalajara (UdG)
fernando.leal@academicos.udg.mx

Artículo recibido: 12-05-2023
Artículo aceptado: 01-12-2023

RESUMEN

Este artículo pretende mostrar que los diagnósticos médicos, especialmente los etiológicos, pueden analizarse como casos de argumentación, aunque a veces no lo parezcan. En efecto, todos los diagnósticos se presentan a primera vista como interrogatorios en los que el médico intenta obtener información del paciente, e incluso las pruebas de laboratorio pueden verse como preguntas; pero la argumentación, como se concibe normalmente, no parece tener la forma de un interrogatorio. He defendido en otros textos que, si se emplea el modo de análisis inaugurado por la pragma-dialéctica, es posible mostrar que toda argumentación depende del planteamiento de preguntas y que el planteamiento de una pregunta va siempre de la mano de una serie de ellas, es decir de un interrogatorio. Este artículo puede verse como un intento de defender la conversa de esa proposición: que todo interrogatorio puede verse como un proceso argumentativo. Para ello, se emplea en particular el modelo de discusión crítica, que constituye el corazón de la pragma-dialéctica.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico, diagnóstico etiológico, discusión crítica, pregunta, cuestión, interrogatorio.

ABSTRACT

This paper aims to show that medical diagnoses, especially etiological ones, can be analyzed as cases of argumentation, even if they sometimes do not appear to be so. Indeed, all diagnoses take place as series of questions by which the physician tries to elicit information from the patient—even lab tests are nothing but questions. Yet argumentation, as it is usually conceived, does not seem to be a series of questions. I have argued elsewhere that, if one uses the analytical techniques introduced by pragma-dialectics, it is possible to show that all argumentation depends on the posing of questions and that the posing of a question always goes hand in hand with a whole series of questions. This paper can thus be seen as an attempt to defend the inverse proposition, namely, that all questioning can be seen as an argumentative process. To this end, it employs in particular the model of critical discussion, which is the core of pragma-dialectics.

KEYWORDS: diagnosis, etiological diagnosis, critical discussion, question, request, questioning.

1. Introducción

En este artículo me propongo dos cosas. Por un lado, quisiera mostrar que los diagnósticos médicos se dejan analizar como casos claros de argumentación, aunque a veces no lo parezcan. Por otro lado, quisiera mostrar la particular utilidad que tienen los métodos pragma-dialécticos, y particularmente el modelo ideal de discusión crítica, para llevar a cabo análisis de este tipo.¹ Las dos tareas van de la mano y se iluminan una a la otra.

Las consultas médicas tienen ciertamente como primer objetivo obtener un diagnóstico de los síntomas que aquejan al paciente; pero, si bien en muchos casos tal diagnóstico es suficiente para formular tanto un pronóstico como un tratamiento, en otros no lo es en tanto no se conozcan las causas. El síntoma puede ser fiebre y el diagnóstico puede ser una infección, el síntoma puede ser una gran debilidad y el diagnóstico falta de oxigenación en la sangre, y eso es de gran utilidad; pero el tratamiento y el pronóstico, que es lo que más importa al paciente, dependerán de encontrar la causa de la infección o de la falta de oxigenación. De allí la importancia del diagnóstico etiológico en oposición al diagnóstico sindromático.² El médico querrá que su paciente entienda el fondo del problema y para ello tiene que argumentar; y si hay de por medio estudiantes, practicantes o residentes a quienes el médico tratante debe instruir en el arte de diagnosticar y encontrar las causas, con mayor razón tendrá éste que argumentar.³ En la mayoría de los casos estas argumentaciones tienen lugar de forma oral y son “palabras que se lleva el viento”, con lo cual de la argumentación quedan a lo sumo huellas imperfectas en los expedientes clínicos; pero de tanto en tanto

¹ En otro lugar he mostrado que las teorías de la argumentación son de tres o cuatro tipos, según sea su objeto teórico el proceso argumentativo en su totalidad, la presentación e intercambio de argumentos dentro de ese proceso o los argumentos mismos (Leal Carretero 2021). Como las teorías de la presentación de argumentos bien desarrolladas terminan por enfocarse en el intercambio de argumentos, la frontera entre ambas es porosa y no es fácil saber si se trata de un tipo de teoría o de dos. En cambio, los extremos mencionados —el objeto teórico al que llamamos “argumento” y el objeto teórico al que llamamos “proceso argumentativo”, o más coloquialmente “discusión”— corresponden a teorías marcadamente diferentes. La pragma-dialéctica es la teoría más desarrollada del proceso argumentativo.

² Rodríguez Romo, Aliseda y Arauz (2008: 140) distinguen tres tipos de diagnóstico: sindromático (diagnóstico tentativo basado en el conjunto de los síntomas y signos, planteado como hipótesis a reserva de pruebas ulteriores), topográfico (que conecta el diagnóstico sindromático con la localización anatómica presunta del trastorno) y etiológico (hipótesis sobre las causas). En el caso que nos ocupa aquí, como veremos, los dos últimos aparecen combinados en un diagnóstico topográfico-etiológico. Por mor de la simplicidad hablo aquí solamente de diagnóstico etiológico, si bien el componente topográfico es obviamente esencial.

³ La cuestión, muy distinta, acerca de si los médicos se beneficiarían de una instrucción específica sobre cómo argumentar (particularmente sobre la base de la pragma-dialéctica) es tratada por Rubinelli y Zanini (2012) y, con respecto al caso específico del argumento de autoridad, por Pilgram (2012; con más detalle 2015). A la demanda de un libro de texto para médicos responden van Eemeren, Garssen y Labrie (2021). Este artículo es complementario a dichas publicaciones.

encontramos un registro bastante fiel del proceso argumentativo que subyace al diagnóstico etiológico. Un caso notable de ello nos lo ofrece el neurólogo y escritor Harold L. Klawans (1988, cap. 5). De él he extraído y traducido un diagnóstico etiológico que puede servir para mostrar en detalle su carácter argumentativo.

Procederé en tres pasos. En la sección 2 describiré el modelo ideal de discusión crítica. En las secciones 3–5 presentaré el texto de Klawans junto con su análisis detallado con base en ese modelo. Finalmente, en la sección 6 extraeré algunas lecciones generales de este ejercicio de análisis. Antes de continuar, quisiera añadir que este artículo contiene un número bastante grande de notas a pie de página, con las que pretendo sobre todo dar información sobre el estado del arte en teorías de la argumentación para los lectores interesados en situar mejor las cuestiones tratadas aquí, pero también sobre alguna cuestión que podría despertar la curiosidad de algunos lectores.

2. El modelo ideal de discusión crítica

Una discusión crítica se define como una discusión en la que las partes están tratando de resolver sus desacuerdos sobre la sola base de los méritos de las razones que se presentan en la discusión (van Eemeren y Grootendorst 1992: 10, 2004: 22, van Eemeren y Snoeck Henkemans 2017: 20; van Eemeren 2018: 34). La palabra “méritos” remite a una vieja expresión jurídica inglesa (*on the merits*) que implica que los jurados o jueces están obligados a atender exclusivamente la fuerza inherente de las razones presentadas; es decir, que no pueden desechar las razones de una de las partes apelando a hechos ajenos a esas razones (véase Hill y Hill 1995: 295).

Aunque se trata de una definición clara, debo recordar a los lectores que la pragma-dialéctica no se contenta con definir un *concepto*, sino que propone un *modelo*.⁴ La manera mejor de evitar confusiones y malentendidos es explicar lo que ello implica considerando una a una las cuatro palabras que componen la expresión “modelo ideal de discusión crítica”.

⁴ De hecho, la teoría presenta primero una definición, luego el modelo, que permite *analizar* en principio cualquier discusión, y finalmente un conjunto de reglas asociadas al modelo, con cuya ayuda es posible *evaluar* la distancia entre el modelo y una discusión real dada. Hasta aquí la teoría estándar; pero a ella le siguen otros desarrollos teóricos, tendentes en primer lugar a fundamentar teóricamente y empíricamente las reglas del modelo (van Eemeren, Houtlosser y Snoeck Henkemans 2007, van Eemeren, Garssen y Meuffels 2009), y en segundo lugar a crear una teoría extendida en la que entran consideraciones retóricas, con cuya ayuda se pueda hacer *análisis y evaluaciones* más sofisticadas y cercanas a las distintas realidades comunicativas en que los seres humanos ejercemos la argumentación (van Eemeren 2010, van Eemeren et al. 2022).

(a) Se trata, repito, de un *modelo* y no de un mero concepto. La tentación, muy común sobre todo en estudiantes o en personas que leen sobre pragma-dialéctica por vez primera, es imaginar que con conocer la definición del concepto de discusión crítica ya entendieron de qué se trata. De hecho, las definiciones no sirven de mucho para entender ningún concepto, y es muchas veces hasta después de mucho estudiar un tema que podemos volver sobre una buena definición y entonces entenderla y con ella el concepto; pero en el caso de la discusión crítica tenemos algo que no se captura con una definición, por buena que ella sea. Veamos: un modelo se construye cuando, ante un hecho, proceso, actividad o fenómeno, se procede a abstraer de todas aquellas cosas que no parecen ser cruciales para entenderlo; un modelo es así una imagen simplificada del objeto de interés teórico. Esta simplificación tiene la ventaja de ser más fácil de manejar que el cúmulo de observaciones acumuladas sobre ese objeto. Cuando Galileo construyó un plano inclinado de madera muy pulida y pulió también una bola de madera para con ambas representar la caída libre de los cuerpos hacia la superficie terrestre, lo que hizo fue eliminar, hasta donde era posible, la fricción que se produce cuando la bola se mueve sobre el plano, con lo cual nos aproximamos bastante a la condición del vacío. Este modelo le permitió a Galileo cuantificar los cambios en las distancias recorridas por la bola descendiendo por el plano a través del tiempo; y con ayuda del modelo pudo encontrar la ley de aceleración en la caída de cuerpos en el vacío, el primero de sus grandes descubrimientos y el nacimiento de la física matemática moderna. Salva sea la comparación, el modelo ideal de discusión crítica tiene un fin similar. Las discusiones de los seres humanos son demasiado enredadas como para que sea posible decir algo significativo sobre ello si los enfrentamos directamente sin ninguna simplificación.

(b) El modelo es *ideal*, y ello porque representa una concepción normativa de lo que es discutir de manera razonable, algo que todos los seres humanos apreciamos mucho aun sin que podamos ajustarnos nunca al ideal. Con otras palabras, si las personas fuesen completamente razonables cuando discuten unas con otras, entonces seguirían el modelo al pie de la letra y con ello obtendrían lo que desean obtener con la discusión, a saber, resolver su desacuerdo.⁵ Todos sabemos naturalmente que las

⁵ El punto de partida de toda discusión en pragma-dialéctica es el desacuerdo, y el fin buscado de toda discusión es resolverlo. Al menos desde la publicación de Goodwin (2007), ha surgido un considerable debate acerca de (1^o) si resolver nuestros desacuerdos es la única función de la argumentación en los varios sentidos indicados en la nota 1, (2^o) si la argumentación tiene en absoluto una función, o incluso (3^o) si la argumentación parte siempre y en todos los casos de un desacuerdo (cf. Gensollen 2020, 2022). Dado que el ejemplo de discusión que analizaré en este artículo puede razonablemente modelarse como el intento de resolver un desacuerdo, no me detendré en ninguna de estas cuestiones para no distraer la atención del lector. De cualquier manera, véase más adelante el punto (c).

personas no son prácticamente nunca totalmente razonables y, cuando discuten, se alejan de este ideal en mayor o menor medida y de varias maneras: se enojan unas con otras, buscan brillar más que la otra, desean ante todo “ganar” el argumento y “derrotar al adversario”, pierden la paciencia, no tienen tiempo de seguir hablando, y un largo etcétera. Con todo, no nos es posible establecer cuáles comportamientos se desvían del ideal de lo que es razonable en una discusión, y cómo se desvían de él y en qué medida, si no tenemos ese ideal claro y presente. Con otras palabras, usamos el ideal como una vara de medir que nos permite estimar lo que las personas están tratando de hacer en cada punto de la discusión y hasta dónde lo están logrando o no.

(c) El modelo tiene por objeto la *discusión*. Hay desde luego muchas discusiones en las que las personas que discuten no consiguen resolver el desacuerdo del que partieron; hay algunas incluso que ni siquiera se lo proponer; pero no hay manera de resolver un desacuerdo sobre la base de argumentos sin emprender una discusión. Por otro lado, el concepto de discusión es más amplio que el concepto de argumentación, si por “argumentación” vamos a entender, como es frecuente y comprensible, la actividad de presentar e intercambiar argumentos. Sin embargo, todo discurso argumentativo está siempre encarnado en la actividad de discutir. No hay manera de que alguien presente razones o pida razones a menos que exista un marco más amplio, el marco de una discusión en el que se den dichas actividades. Algunos lectores dirán que en ese caso la pragma-dialéctica no es una teoría de la argumentación en el sentido propio del término, sino más bien una teoría de la discusión. Yo no tengo objeciones contra esta manera alternativa de hablar, pues a final de cuentas el diferendo es puramente terminológico. El punto a recalcar es que existe algo llamado “discurso argumentativo” y existe también algo llamado “proceso argumentativo”, y ninguna de esas cosas se agota en cuestiones relativas a la presentación e intercambio de argumentos, y mucho menos se agota en los argumentos mismos (véase nota 1).

(d) Para que una discusión tenga éxito en resolver un desacuerdo previo, esa discusión tiene que ser *crítica*. El significado del adjetivo “crítico”, en su sentido moderno,⁶ se opone a la aceptación ciega de lo que otra persona dice, especialmente

⁶ Hay un sentido moderno y uno clásico de “crítico” y sus cognados (“crítica”, “criterio”, inglés *criticism*, *critique*, *critic*, *criterion*) y ambos perviven en el presente. El sentido clásico se refiere al estudio cuidadoso de los textos. La crítica en ese sentido clásico comprende tres operaciones: la crítica textual (establecer quién dijo o escribió qué), la interpretación (qué significa lo dicho o escrito) y la evaluación (cuáles partes del texto son buenas o malas, mejores o peores, de acuerdo con una gran variedad de criterios: verdad, claridad, exactitud, belleza, coherencia, etc.). Yendo más allá de los textos en sentido estricto, la crítica en ese sentido puede aplicarse a otros artefactos culturales, como la actuación teatral, la composición y ejecución musical, la escultura, la pintura, arquitectura, en fin eso que llamamos “obras de arte”, aunque se incluyen cada vez más los productos de la cultura popular. El sentido moderno, en la medida en que no se adultera o diluye haciendo que signifique exclusivamente una reacción de repudio a algo, corresponde a la

si esa otra persona está en una posición de dominación o autoridad (véase van Eemeren y Grootendorst 1983: 6, 16–18).⁷ Las personas se comportan de manera no crítica siempre que ceden o abandonan sus declaraciones y compromisos públicos sin añadir palabra, siempre que no dan razones cuando se les plantean objeciones o dudas, siempre que no plantean objeciones a una proposición que consideran inaceptable, etc. Por ello podemos decir que todo el propósito del modelo ideal de discusión crítica consiste en desplegar en detalle todo lo que implica este concepto de crítica, fundamental y compartido prácticamente por todo mundo.

El modelo de discusión crítica se ha expuesto muchas veces, pero —hasta donde sé— este artículo es el primero en español en que se ponen de relieve las *operaciones* que llevan a cabo las partes como algo distinto de las *etapas*, que es lo usual en exposiciones anteriores. Nótese que la ambición del modelo ideal de discusión crítica es abarcar todas y cada una de las diferentes operaciones que emprenden las partes cuando están tratando de resolver sus desacuerdos de una manera razonable. Las operaciones se conciben como teniendo lugar en una secuencia de etapas y se describen en la Tabla 1. En ella cada operación recibe un número: son diez en total y en la tabla se destaca con cursivas el verbo que la expresa. Dos de las operaciones son cíclicas, lo que se señala mediante comillas.

Tabla 1. Las cuatro etapas del modelo ideal de discusión crítica y las diez operaciones constitutivas

Etapa	Operaciones
Confrontación	1. Una de las partes <i>declara</i> un punto de vista 2. Otra de las partes <i>declara</i> que tiene reservas 3. Ambas partes <i>declaran</i> reconocer la diferencia de opinión
Apertura	4. Ambas partes <i>declaran</i> abierta la discusión 5. Ambas partes <i>se comprometen con</i> puntos de partida substantivos 6. Ambas partes <i>se comprometen con</i> puntos de partida procedimentales 7. Las partes mutuamente <i>asignan</i> los roles (protagonista, antagonista)
Argumentación	8. El protagonista <i>presenta</i> sus razones 9. El antagonista <i>presenta</i> sus dudas y objeciones 8'. El protagonista <i>replica</i> 9'. El antagonista <i>presenta</i> nuevas dudas y objeciones (Y así cíclicamente: 8", 9", etc.)
Conclusión	10. Las partes <i>declaran</i> resuelto el desacuerdo

descripción que doy arriba. Para un esbozo de la historia del término y sus dos varios significados, véase Leal Carretero (2003).

⁷ De interés histórico es el hecho de que la publicación de la “teoría de la acción comunicativa” de Habermas (1981) coincidió exactamente con la primera construcción de la pragma-dialéctica (van Eemeren y Grootendorst 1983, que es la publicación en forma de libro de la disertación doctoral defendida en 1982 por sus dos autores). Cuando leyeron la obra de Habermas, los creadores de la pragma-dialéctica se dieron cuenta de que habían estado empeñados, por decirlo así, en operacionalizar la idea de *herrschaftsfreier Diskurs* o “discurso libre de dominación” del autor germano, algo por lo demás muy necesario en vista de las áridas abstracciones de la “teoría de la acción comunicativa”. Por lo demás, tendrían que pasar varios años antes de que las ideas de la disertación doctoral dieran lugar al modelo de discusión crítica tal como lo conocemos ahora, a partir de su publicación en van Eemeren y Grootendorst (1983, §4.3.1; 1992, cap. 4).

Un par de aclaraciones adicionales a lo dicho hasta ahora no está de más:

(e) La descripción del modelo ideal en la Tabla 1 habla solamente de dos partes empeñadas en una discusión crítica. Sin embargo, conviene recordar que una parte en disputa no coincide necesariamente con un individuo particular: podríamos tener un equipo (como en los debates intercolegiales), una facción (como en un parlamento) o incluso una escuela (como en filosofía). Esto basta para mostrar que una discusión crítica puede incluir a más de una persona, con lo cual tendríamos lo que en pragmática se llama un “polílogo”.⁸ Además, una discusión crítica puede tener lugar entre tres o más partes a niveles diferentes. Por ejemplo, puede ocurrir que el individuo o grupo A adelante un punto de vista, B contradiga una parte de ese punto de vista, C una parte diferente, D se oponga a todo el punto de vista, y E exprese dudas respecto de lo que el resto sostiene.⁹ Más aún, la discusión crítica polilógica no tiene por qué ocurrir de forma simultánea. De hecho, muchas disputas filosóficas pueden durar años, décadas, siglos (Leal 2019).

(f) En el modelo ideal de discusión crítica las diferentes operaciones son acciones que se realizan mediante el lenguaje natural. Concretamente, cada operación se lleva a cabo a través de uno o varios actos verbales o actos de habla. Para dar un ejemplo que será de especial importancia en el análisis que sigue, uno de esos actos de habla es el acto directivo de *preguntar*.¹⁰ En la teoría estándar de la pragma-dialéctica, el acto de preguntar ocurre en tres ocasiones (van Eemeren y Grootendorst 2004: 67; van Eemeren 2018: 42). Si utilizamos las negritas **P** y **A** para designar los roles de protagonista y antagonista, respectivamente, podemos resumir la doctrina diciendo que

- dentro de la etapa de apertura, **A** pide (exige) a **P** que defienda su punto de

⁸ Cf. Kerbrat-Orecchioni (2004). Para polílogos en pragma-dialéctica, véase Lewiński y Aakhus (2014). La palabra “polílogo” se opone a la más conocida “monólogo” (discusión de una sola persona consigo misma). En pragmática, por tanto, decimos “dílogo” (que no debe confundirse con “diálogo”, que significa conversar por turnos: todos los dílogos son diálogos, pero no todos los diálogos son dílogos) cuando son dos quienes discuten; “trílogo” cuando son tres; y en general “polílogo” cuando son más de dos. En la práctica, un polílogo puede realizarse mediante una serie de dílogos, por lo que está pendiente la cuestión de hasta dónde es realmente necesario introducir este concepto en pragma-dialéctica.

⁹ En la terminología usual en pragma-dialéctica, diríamos que en una situación así se observan diferencias de opinión *mixtas* entre A y B, entre A y C y entre A y D, mientras que A, B, C y D tienen cada uno una diferencia de opinión *no mixta* con E. Por otro lado, las diferencias de opinión A–B y A–C parecen ser *únicas* (concernen una sola cuestión) mientras que la diferencia de opinión A–D parece ser *múltiple* (hay desacuerdo sobre varias cuestiones), etc. Véase también van Eemeren (2010:108-109).

¹⁰ Recordamos a los lectores que se distingue entre las oraciones interrogativas en el nivel sintáctico y el acto verbal de preguntar en el nivel pragmático. A veces usamos oraciones interrogativas para preguntar, pero a veces usamos otros recursos sintácticos; y las oraciones interrogativas se usan a veces para preguntar, pero a veces para realizar un acto verbal que no es el de preguntar.

vista mediante argumentos (es parte de la asignación de roles);

- dentro de la etapa de argumentación, **A** pide a **P** que presente argumentos en apoyo de su punto de vista;

- dentro de cualquiera de las cuatro etapas, cualquiera de las partes puede solicitar a la otra parte que aclara, elabore, amplifique, ilustre o de alguna otra manera explique su uso de tal o cual palabra o frase.

En mi opinión, el acto verbal de preguntar tiene otras funciones en el modelo ideal de discusión crítica que las identificadas hasta ahora en la literatura pragma-dialéctica (véase Leal 2020); pero ello no quita que ninguna otra teoría de la argumentación había tenido hasta tiempos recientes ocasión de estudiarlas.¹¹ Para el análisis pragma-dialéctico, en cambio, es absolutamente indispensable estudiar el papel del acto de preguntar y de su correlato objetivo: las cuestiones que subyacen a una discusión (véase Leal 2021). Además, en el texto que analizaremos más adelante las preguntas y el acto de preguntar juegan un papel central, como se verá.

Para concluir, el modelo ideal de discusión crítica parte de la existencia y el reconocimiento, por las partes involucradas, de una diferencia de opinión; sea ella *mixta*, cuando ambas partes tienen una opinión definida sobre la cuestión; sea ella *no mixta*, cuando solamente una de las partes la tiene, mientras que la otra parte tiene reservas respecto de la opinión expresada por la otra parte. En el caso del texto argumentativo que analizaremos aquí, hay varias peculiaridades que conviene describir antes de empezar. Primero, el médico tratante, el Dr. Klawans, tiene ya una opinión definida sobre la cuestión, es decir, tiene un diagnóstico tentativo. Segundo, sabe o sospecha que, si sus estudiantes expresan una opinión propia, el diagnóstico al que lleguen será diferente del suyo, con lo cual tendrá ocasión de instruirles en el arte clínica de diagnosticar. Tercero, el Dr. Klawans no expresa al principio cuál es su diagnóstico, de forma que la discusión no comienza con una diferencia de opinión, es decir, con una etapa de confrontación. Esta peculiaridad ilustra una de las maneras en que una discusión real se aleja del modelo ideal.

Finalmente, la pragma-dialéctica estándar, si bien en algunos de sus textos

¹¹ Hay algunos signos de que esto podría cambiar, como vemos sobre todo en la dialéctica argumental iniciada por Hubert Marraud (cf. Galindo 2020, *passim*; Marraud 2020, cap. 4). Hay incluso signos de que los lógicos informales comienzan a tomar el tema de las preguntas en serio (Hitchcock 2020). En cuanto a la lógica formal, los desarrollos más significativos se deben a Andrzej Wiśniewski (1995, 2013; véase también Cordes 2021). Huelga decir que en todo lo anterior estoy pensando exclusivamente en el análisis e interpretación de textos argumentativos, no en su evaluación. Es obvio que, en cuanto a la evaluación, el concepto de *critical questions*, introducido por Hastings (1962), es parte integral de toda discusión sobre esquemas argumentativos en la literatura.

canónicos reconoce que el disparador de la discusión puede ser una pregunta (cf. van Eemeren y Grootendorst 1983: 78), postula que lo que siempre dispara una discusión es un punto de vista sobre el que hay desacuerdo. Yo, por mi parte, planteo que, como la presencia de desacuerdo presupone que hay siempre una cuestión, si bien no siempre se expresa mediante una pregunta, debemos considerar que todo punto de vista que presida una discusión es, y debe verse como, la respuesta a una cuestión, aunque ella no se exprese como pregunta en el texto (Leal 2021, §1). En el caso de nuestro texto argumentativo la cuestión es cuál es el diagnóstico; sin ella no habría discusión. Sin embargo, esa cuestión no se expresa como pregunta sino hasta el pasaje §7 del texto. De esa manera, al modelo ideal de discusión crítica añado la perspectiva de las cuestiones y preguntas, de forma que podríamos hablar de una pragma-dialéctica erotética.

3. Cómo se hace un diagnóstico sindromático

El texto que analizaremos a continuación corresponde al quinto caso neurológico reportado en el libro mencionado (Klawans 1988: 73–85), aunque aquí veremos solamente la primera parte del capítulo respectivo (pp. 73–79) por mor de la brevedad. Una consecuencia de ese recorte es que no tendremos ocasión de apreciar la etapa conclusiva como tal.

El texto de Klawans no es obviamente un reporte *verbatim* de todo lo que ocurrió durante la consulta, sino una reconstrucción parcial (una anámnesis, para utilizar el término médico). Esa reconstrucción es un ejemplo del tipo de cosas que pasa cuando un neurólogo diagnostica a un paciente y al mismo tiempo instruye a sus asistentes y explica al paciente las causas de sus síntomas. Tanto el cuidado y la lucidez con los que el médico reporta el caso cuanto el hecho de que el paciente sea una persona con un alto nivel de educación e inteligencia revelan de manera particularmente clara el carácter argumentativo del proceso de comunicación que involucra a médico, paciente y asistentes. Para comodidad de los lectores, he traducido el texto con mínimas modificaciones; y para facilitar la referencia he numerado los párrafos. El análisis que viene después del párrafo o párrafos analizados abre siempre con una etiqueta en negritas que indica la etapa o etapas en el modelo de discusión crítica a que pertenece cada párrafo. Esta etiqueta es seguida de una breve explicación de las razones que tengo para decir que se trata de tal o cual etapa. Para orientar mejor a los lectores a partir de aquí marco con asterisco todas las palabras o frases que constituyen términos técnicos de la pragma-dialéctica.

§1. Michael Vernon había sido admitido al hospital por tres episodios de mareo, de menos de una hora de duración cada uno. Durante el primer episodio había tenido vista doble, mientras que el segundo le había ocasionado debilidad en su brazo y pierna izquierdas. Durante el tercer episodio la debilidad había afectado el brazo y la pierna derechas. Tras el tercer episodio, el Sr. Vernon había llamado a su internista, quien lo admitió enseguida en el hospital y me pidió que lo examinara.

Apertura. En primer lugar, se establecen en §1 ciertos *puntos de partida substantivos, que en este caso son los principales síntomas del paciente: mareo, vista doble, debilidad lateral. Es sobre esos síntomas que reposará la argumentación que conduce primero al diagnóstico sindromático y después al diagnóstico etiológico. En segundo lugar, el marco institucional en el que ocurre la consulta presupone una pre-asignación de roles que, justo por tratarse de algo institucionalizado, se deja aquí implícita. Dicho marco institucional corresponde, por un lado, a la consulta con el paciente (Michael Vernon), en la que el médico tratante (Harold Klawans) asume automáticamente el rol de *protagonista y el paciente el de *antagonista; y corresponde, por otro lado, a la enseñanza práctica del médico residente (Irv Noren) y la estudiante de medicina (Jill Coan), donde estos asumen también el rol de *antagonistas.¹² En tercer lugar, las *reglas de discusión propias del diagnóstico médico son también algo que establece implícitamente el marco institucional.

Por otro lado, si queremos analizar este texto argumentativo en términos del modelo de discusión crítica y en este modelo la *etapa de confrontación es la primera, algunos lectores podrían preguntar por qué no comienza por allí.

A esto hay que responder, primero, que el modelo no debe confundirse con la realidad argumentativa, sino que es una mera representación simplificada de ella. De hecho, la propia narración de Klawans tampoco es idéntica con la realidad, sino que, como toda narración, omite algunos detalles. Con todo, para los efectos de este análisis podemos verla como la realidad comunicativa que estamos analizando. Cuando discutimos en la vida real no seguimos necesariamente el orden de las etapas del modelo y puede perfectamente ocurrir, como es aquí el caso, que no se comience por la confrontación. Sabemos, por tratarse de una consulta, que habrá *confrontación, pues

¹² Aprovecho la ocasión para advertir que las etiquetas pragma-dialécticas de 'protagonista' y antagonista' deben tomarse según las respectivas definiciones de esos roles (véase Tabla 1): protagonista = quien debe presentar razones para su punto de vista y responder a las dudas y objeciones que se le presenten; antagonista = quien debe presentar dudas y objeciones al punto de vista y eventualmente a las razones ofrecidas en su apoyo. Pido a los lectores que se resistan a interpretar estos términos según connotaciones en el uso ordinario que parezcan implicar que una discusión crítica es una competencia en la que se trata de ganar, vencer, derrotar, atacar, destruir. Son términos técnicos y como tales han de tomarse. Se puede argumentar, si se quiere, que son términos desafortunados; pero ese es otro asunto.

todo diagnóstico médico suscitará por lo menos dudas y quizá en algunos casos incluso la propuesta de un diagnóstico alternativo.¹³ En términos pragma-dialécticos, el médico tratante es siempre el portavoz de un *punto de vista en forma de un diagnóstico, y el paciente o, como en este caso, los asistentes del médico tratante, pueden razonablemente dudar de ese diagnóstico o incluso proponer otro, con lo cual, en vista del marco institucional en que se trata de proponer un diagnóstico, tenemos todo lo necesario para que haya asignación de los roles mencionados.

Lo segundo que hay que responder a la pregunta es que el médico tratante puede o bien estar en posesión del diagnóstico desde el momento en que observa clínicamente al paciente, o bien lo puede ir construyendo poco a poco a la luz de las preguntas que le haga al paciente o de los resultados de las pruebas clínicas que considere necesario. En qué momento de la consulta, pues, podemos decir que el médico está en posesión de su diagnóstico, y por tanto asume el rol de *protagonista, puede variar de un caso a otro. Además, el caso que analizamos aquí es una situación didáctica especial, en la que el médico tratante procura ir llevando de la mano a sus asistentes a que razonen como ha razonado él previamente. Ello implica que el *punto de vista no aparecerá explícitamente sino más adelante en la discusión. De hecho, aquí lo que tenemos es en realidad no uno sino dos *puntos de vista. El primero concierne al evento mórbido concreto que subyace a los síntomas del paciente. Ese *punto de vista, el diagnóstico *sindromático*, es presentado no por el médico tratante sino por el médico residente (“ataque isquémico transitorio”, §8); y respecto de ese *punto de vista no hay *diferencia de opinión. El segundo *punto de vista consiste en un diagnóstico *etiológico*, es decir, un diagnóstico que concierne las *causas* del evento mórbido (§53). Este diagnóstico sí será ocasión de *diferencia de opinión, aunque no en el sentido de que el auditorio del médico tratante, es decir, su paciente, su estudiante y su residente, tengan un diagnóstico etiológico alternativo, sino que más bien no tienen ninguno ni saben cómo llegar a él. La *diferencia de opinión será por tanto *no mixta, es decir, tal que en la discusión solamente una de las partes sostiene un *punto de vista (un diagnóstico etiológico), mientras que las otras partes lo que tienen es dudas respecto de él.

Obsérvese, para terminar, que toda la información descrita en §1 se obtuvo mediante un PRIMER INTERROGATORIO en que se planteó una serie de preguntas médicas

¹³ Para el término ‘confrontación’ (y la frase ‘etapa de confrontación’) vale lo dicho antes para los términos de ‘protagonista’ y ‘antagonista’: es un término técnico que se define como la etapa en la que una parte plantea un punto de vista, la otra parte se resiste a ese punto de vista y ambas partes reconocen que hay una diferencia de opinión. No debemos dejarnos llevar por las connotaciones de la palabra ‘confrontación’ en su uso ordinario.

al paciente (cf. §6). Klawans lo que hace aquí es resumir las respuestas del paciente a dichas preguntas. Para comodidad de referencia, llamaré Q1 al conjunto de preguntas del PRIMER INTERROGATORIO. El conjunto Q1, en efecto, puede resumir en una sola pregunta, a saber, *¿cuáles han sido los síntomas del paciente?*, si bien en la práctica se formulan muchas. En §6, el autor nos dirá que las preguntas en Q1 fueron planteadas al paciente por una de sus estudiantes; y nos podemos imaginar cuáles fueron gracias a que el autor nos resume las respuestas en §§3–5.

§2. Como médico e investigador en un hospital escuela, visito a mis pacientes junto con mis alumnos, pero antes envío a una parte de ellos a que hagan una consulta previa. Antes de ver al Sr. Vernon, éste ya había sido examinado por una estudiante de medicina que llevaba un mes estudiando neurología conmigo y por un residente de neurología en su primer año de práctica.

Apertura. La información contenida en §2 parece ajena a la situación comunicativa reportada en el texto, y en esa medida parece que no puede analizarse con el modelo ni forma parte de la discusión crítica en la que participan los personajes de la narración de Klawans (médico tratante, paciente, médico residente, estudiante); pero esa solución sería superficial, pues ignora que el texto de Klawans está dirigido a nosotros sus lectores. Lo que ocurre entonces es que el autor está tratando de enseñarnos a nosotros cómo se hace un diagnóstico en neurología, de forma que tenemos *una* discusión crítica entre un médico, su paciente y sus asistentes (los personajes de la narrativa), la cual está su vez insertada en *otra* discusión crítica que tiene lugar entre el narrador y sus lectores.¹⁴ De esa manera, la información contenida en §2 constituye un *punto de partida substantivo relativamente a la argumentación que el texto de Klawans presenta a sus lectores. Por tanto, resulta que tanto la estudiante como el residente que examinaron al paciente antes de la consulta con el médico tratante son *antagonistas en la primera discusión crítica, mientras que nosotros lo somos en la segunda.

¹⁴ La situación es evidentemente bastante complicada. Cuando tenemos un texto formalmente monológico, las partes son simplemente el autor como protagonista y los lectores como (potenciales) antagonistas. El texto que estamos analizando contiene un diálogo, con lo cual una de las partes, por así decirlo, se *desdobla* en el autor (que se dirige a nosotros) y el médico tratante (que se dirige a su paciente, su estudiante y su residente). Ambas situaciones comunicativas se analizan aquí como discusiones críticas, una engarzada dentro de la otra. Por lo demás, esta situación comunicativa es bastante usual, en la medida en que casi todo texto hace referencia a uno o varios antagonistas con quienes discute, por ejemplo, otros autores en la academia, los opositores en política, etc., de forma que casi siempre tenemos dos discusiones, una *interna* al texto y otra *externa*. Solemos analizar solamente una de las dos discusiones, pero en este caso me pareció interesante tomar ambas en cuenta. Ahora bien, se podría pensar que los lectores son participantes pasivos, pues no pueden responder ni preguntar nada al autor. Eso es verdad hasta cierto punto; pero justamente lo que llamamos “lectura crítica” no es algo pasivo. Por otro lado, el hecho de participar en vivo en un diálogo no impide que se sucumba a la pasividad. (Esta es precisamente una de las quejas respecto de los diálogos tardíos de Platón.)

En todo caso, §2 hace explícito el hecho de que los asistentes del médico tratante han llevado a cabo la serie de preguntas orientadas a conocer los síntomas del paciente que he resumido antes como Q1.

§3. Michael Vernon tenía 71 años y, de acuerdo con lo que le había dicho a la estudiante y al residente, su salud había sido excelente hasta que ocurrió el primero de los tres episodios de mareo justo dos semanas antes. Ninguno de los tres episodios había durado ni 15 minutos, y cuando terminaron, se sintió normal.

§4. Pero estaba preocupado. Cuando comenzó el primer episodio, se preocupó de que le fuera a dar un accidente cerebrovascular [*stroke*]. Amigos suyos habían quedado paralizados de un lado del cuerpo, con dificultades para hablar, y aún cosas peores, como consecuencia de un accidente cerebrovascular. Mientras duró su mareo, esperó con miedo, y cuando el mareo cesó, se sintió sumamente aliviado. No había sentido debilidad ni en el brazo ni en la pierna y su habla era normal. Tal vez, se dijo, si no pensaba más en el asunto, la cosa no se repetiría.

§5. Pero la cosa se repitió. Tras el segundo episodio, su brazo y pierna derechas se sintieron débiles. Sin embargo, tanto el mareo como la debilidad desaparecieron, de manera que no hizo nada al respecto. Una vez más, esperó que los síntomas no se repetirían. Pero se repitieron, y no pudo darse el lujo de ignorar este tercer episodio, ya que su hijo estaba con él, vio lo que le ocurrió a su padre e insistió en que había que visitar al doctor.

§6. Toda esa información me fue proporcionada por la estudiante de medicina, una chica brillante que cursaba su cuarto año, llamada Jill Coan. Había hecho bien las preguntas, había anotado las respuestas, y había llevado a cabo un examen completo. Los resultados del examen neurológico eran enteramente normales. El residente, Irv Norven, confirmó la historia clínica y el examen físico.

Apertura. En §3 tenemos nueva información respecto a la historia clínica del paciente: la excelente salud del paciente hasta la aparición de los episodios de mareo, el tiempo y duración de los episodios, el hecho de que los síntomas desaparecieron y el paciente volvió a la normalidad. Toda esta información forma parte de los *puntos de partida substantivos respecto a la *primera* discusión crítica; y para la *segunda*, el narrador nos informa que sus dos asistentes poseen esta información, y eso es parte de nuestros *puntos de partida substantivos.

En §§4–5 tenemos un elemento nuevo: el paciente plantea la posibilidad de un diagnóstico que explique sus síntomas: un accidente cerebrovascular (que puede pero no tiene que ocurrir en casos de isquemia). Ese riesgo es el que lleva al paciente con el médico.

En §6, finalmente, se confirma la solidez de toda la información anterior y se contrapone a lo que arrojaría un examen neurológico de un paciente normal. En este párrafo se hace también explícito lo que dijimos arriba: antes de que el médico tratante vea al paciente se ha dado un PRIMER INTERROGATORIO, relativo al síndrome, o conjunto de los síntomas experimentados por el paciente; y es sobre la base de él que se tratará ahora de formular un primer diagnóstico, un diagnóstico *sindromático* (§8).

§7. Pregunté entonces a la estudiante si había hecho un diagnóstico.

§8. Dijo que sí. “Ataque isquémico transitorio, o AIT”, contestó, usando una de las muchas abreviaturas que gustan tanto a los médicos jóvenes.

§9. “¿Qué significa eso en español?”

§10. “Bueno, significa que, por alguna razón, durante algunos segundos el Sr. Vernon no estaba recibiendo suficiente sangre en el cerebro. Esto no fue ni tan agudo ni tan largo que le causaran un accidente cerebrovascular, pero sí fue lo suficientemente severo como para que partes de su cerebro no funcionaran bien por un rato.”

Confrontación. Las preguntas del conjunto Q1, planteadas por su estudiante (§6), tenían por objeto establecer los síntomas, las características y el curso de los eventos mórbidos; pero ahora el médico plantea a su estudiante una pregunta nueva (§7), a la que me referiré como Q2. Es la pregunta por el diagnóstico de los síntomas obtenidos por Q1. La estudiante responde y propone un primer punto de vista (§8). El médico solicita una aclaración del término técnico contenido en ese punto de vista mediante un acto verbal apropiado a la situación didáctica (§9). Obsérvese que el diagnóstico que da la estudiante no tiene valor mientras no quede claro el significado de los términos médicos utilizados (“isquemia”, “ataque”, “transitorio”, y su combinación). Por ello, es que el médico tratante le pregunta a la estudiante y ella responde y aclara los términos (§10).

Aparte de esa aclaración terminológica, debemos poner especial atención en la frase “por alguna razón” que aparece en §10: esa frase indica precisamente la necesidad de investigar cuál es la causa de que el cerebro del paciente no haya estado recibiendo suficiente sangre durante los episodios mórbidos. Nada aclara mejor que esa expresión la diferencia entre un diagnóstico de esos episodios, un diagnóstico *sindromático*, tal como el formulado en §8, y un diagnóstico de las causas de los episodios, es decir, un diagnóstico *etiológico*.

5. Cómo se pasa del diagnóstico sindromático al diagnóstico etiológico

Para repetir, no es que la explicación que la estudiante ha dado de los síntomas en términos del flujo sanguíneo al cerebro (§1–10) no sea correcta, sino más bien que esa explicación no va lo suficientemente lejos, como veremos en detalle en el resto de la discusión (§§11–58; véase especialmente §§14–53).

§11. Era el tipo de respuesta que yo esperaba de una estudiante brillante de medicina, con todo y la abreviatura. Hoy día espero que los estudiantes de medicina hagan un diagnóstico como éste correctamente y que entiendan bien el proceso en su totalidad. Sin embargo, ningún estudiante de medicina hubiera podido dar ese diagnóstico dos generaciones atrás. Lo que le pasó al Sr. Vernon les ha pasado a otros pacientes por siglos, si no incluso por milenios; pero antes de los años 50,

incluso un neurólogo experto hubiera sido incapaz de dar ese diagnóstico. En ese entonces nadie había conceptualizado completamente el proceso.

§12.La mayoría de los accidentes cerebrovasculares [*strokes*] ocurren cuando una región del cerebro se ve privada del suministro de sangre por un tiempo suficientemente largo como para que se dañen las células o las conexiones nerviosas del área donde ocurren. Si el área afectada controla el movimiento, el paciente se debilita. Si el accidente cerebrovascular involucra el área que controla el habla, el paciente pierde el habla (se vuelve afásico), etc. Tan pronto como el flujo de la sangre que contiene oxígeno y nutrientes se interrumpe, las neuronas dejan de funcionar y comienzan los síntomas clínicos. Pero la muerte de las células nerviosas no ocurre así de rápido. Las neuronas pueden sobrevivir por un período de tiempo, al menos unos minutos, con el suministro de sangre interrumpido. Si la interrupción continúa por demasiado tiempo, las células mueren, pero si el flujo sanguíneo se restaura antes de que ocurra un daño irreversible o la muerte celular, las neuronas se recuperan. Vuelven a funcionar normalmente, y el paciente con ellas.

§13.La palabra médica para falta de suministro sanguíneo es isquemia. Por lo tanto, un episodio reversible es un AIT, un ataque isquémico transitorio.

Apertura. En §11 el autor ofrece a sus lectores *puntos de partida procedimentales, asociados a procedimientos argumentativos que en medicina tardaron mucho tiempo en desarrollarse y consolidarse y que están hoy día establecidos como la base de un diagnóstico sindromático sobre el que hay acuerdo entre médicos.

En §12 se añaden *puntos de partida substantivos que explican el proceso fisiológico que lleva a un ataque isquémico y que en algunos casos pueden llevar a un accidente cerebrovascular grave, como un infarto o una embolia.

Finalmente, en §13 se ofrece una aclaración terminológica, que completa para sus lectores la aclaración terminológica de la estudiante en §10.

En suma, estos tres párrafos son *puntos de partida sobreentendidos entre el médico tratante y su estudiante, pero que deben hacerse explícitos para que nosotros sus lectores entendamos la discusión.

§14.Michael Vernon había tenido tres AITs. Tres veces el suministro de sangre a una o más regiones cruciales de su cerebro había sido insuficiente. Las tres veces la cosa había sido temporal y el paciente se había recuperado. Pero eso dejaba aún preguntas sin responder. Así que me volví hacia el grupo de alumnos y les pregunté: ¿Por qué había tenido el Sr. Vernon AITs? ¿Por qué esos AITs en particular? ¿Por qué en los momentos en que los tuvo?

Apertura. En §14 se recapitulan los síntomas del paciente en términos fisiológicos, es decir a la luz de la respuesta a Q2. Esta recapitulación sirve precisamente a plantear la pregunta por las *causas* de la isquemia; pero no de la isquemia en general sino de la

isquemia particular que sufrió este paciente.¹⁵

Confrontación. Nótese que la cuestión por las causas del ataque isquémico transitorio del paciente se traduce en tres preguntas crecientemente precisas:

(Q3) *Por qué sufrió este paciente ataques isquémicos transitorios*, que es la pregunta por las condiciones, propiedades, atributos particulares del paciente.

(Q4) *Por qué tuvo esos ataques en esa forma*, que ahora pregunta no por el paciente, sino por los ataques, bajo el entendido de que ellos pudieron haber tomado una forma diferente, y hay que explicar los detalles del caso, concretamente los síntomas del paciente.

(Q5) *Por qué tuvo los ataques particulares que tuvo en el momento particular en que los tuvo*, y no en otro momento o circunstancia.

Es relativamente a esa creciente especificidad de las preguntas planteadas por el médico tratante que podrá haber una *diferencia de opinión, sea con los asistentes o con el paciente (sobre la especificidad de las preguntas, véase Leal 2021, §4).

§15. Ni la estudiante ni el residente pudieron darme la respuesta a esas preguntas, de manera que los tres entramos a ver al Sr. Vernon. El paciente repitió la historia que le había ya contado antes a Jill Coan y a Irv Norven. Procedí a examinarlo. Su examen físico no era solamente normal; era notable. Parecía mucho más joven de la edad que tenía. Era vigoroso y no tenía un gramo de grasa: obviamente un hombre que cuidaba de su cuerpo.

Confrontación. Los asistentes del médico no saben responder a las preguntas Q3–5. Por ello, debemos decir que no tienen propiamente un *punto de vista. Sin embargo, el médico sí que lo tiene, al menos en embrión. Como veremos, ese *punto de vista irá emergiendo y se irá consolidando en el curso del interrogatorio y examen que hace el médico al paciente (§§16–25). Es importante recordar que, en la vida real, las personas tienen a veces *puntos de vista sin que necesariamente estén claros o completos. Pueden ser sospechas, intuiciones o hipótesis; y su formulación puede tomar tiempo. Klawans tiene una idea de la respuesta a Q3–5, pues de otra manera ni siquiera hubiera podido plantear las preguntas mencionadas.¹⁶ Por otro lado, los asistentes saben que

¹⁵ “En efecto”, como dice ya Aristóteles, “el médico no cura al hombre, a no ser accidentalmente, sino a Kalias, a Sócrates, o a cualquier otro de los que de así llamamos por sus nombres, al cual le acaece ser hombre” (οὐ γὰρ ἄνθρωπον υἰιάζει ὁ ἰατρούων ἀλλ’ ἢ κατὰ συμβεβηκός, ἀλλὰ Καλλίαν ἢ Σωκράτην ἢ τῶν ἄλλων τινὰ τῶν οὕτω λεγομένων ὃ συμβεβηκεν ἀνθρώπῳ εἶναι (*Metafísica* I, 981^a18–21). Así, no basta con lo que de la teoría fisiológica general sepa un estudiante sobre las causas de la isquemia, sino que el punto es aquí, como es el punto siempre en medicina, diagnosticar las causas de *estos* episodios particulares que sufrió este paciente.

¹⁶ En filosofía, la conocida “paradoja de Menón”, en el diálogo eponímico de Platón, dice que si no conocemos lo que buscamos, no lo podemos encontrar, mientras que si lo conocemos, no tenemos que buscar (*Menón*

el médico tiene ya un *punto de vista, tentativo y brumoso si se quiere, aunque no lo expresa todavía, por varias razones, algunas de ellas didácticas. Por todo ello, tenemos aquí una confrontación en la que se revela una *diferencia de opinión *no mixta, cuyo *punto de vista en disputa permanece implícito. Digo “en disputa”, porque una de las partes lo sostiene, aunque sea tentativamente, mientras las otras partes no están seguras todavía de las respuestas, ni siquiera quizá del sentido de las preguntas Q3–5 o de cómo proceder para responderlas. Por tanto, tenemos un *protagonista (el médico tratante) y varios *antagonistas (el paciente, los asistentes del médico tratante, los lectores de Klawans)

Apertura. El examen clínico confirma *puntos de partida substantivos y comienza a mostrar en vivo el método por el que se llega a ellos (ese método clínico constituye un *punto de partida procedimental) y, a través de ese método, eventualmente a la respuesta a cada una de las preguntas. Nótese en particular las tres últimas oraciones de §15: ellas comienzan a responder Q3: los tres ataques isquémicos transitorios diagnosticados le han ocurrido a un paciente vigoroso, con más músculo que grasa, que cuida su cuerpo, que no ha envejecido tanto y tiene una gran condición física. En ese contexto, los episodios mórbidos que reporta el paciente constituyen algo inesperado, sorpresivo; su explicación tendrá que tomar la forma de una hipótesis que lo explique (lo que Peirce llamó “abducción”).

§16. “¿Hace Ud. ejercicio?”, le pregunté, aunque la respuesta era obvia.

§17. Hacía ejercicio. Había sido corredor en la universidad y me dijo que nunca había dejado de correr.

§18. ¿Había estado corriendo cuando los ataques ocurrieron?

§19. No, no había estado corriendo.

§20. ¿Qué había estado haciendo?

§21. Lo sabía con precisión. Durante el primer ataque, había estado cortando leña. Durante el segundo, había estado quitando la nieve de su cochera con una pala. El tercero había tenido lugar durante una rutina gimnástica.

§22. “¿Saltos de tijera?”, sugerí.

§23. Pensó un instante y lo confirmó: “Saltos de tijera.”

80D). En la práctica, sabemos que la respuesta es simplemente que, para encontrar algo, no hay que conocerlo completamente; basta con conocerlo en alguna medida, la suficiente para plantear las preguntas correctas y tener una idea de cómo responderlas. Eso es exactamente lo que vemos en este caso y probablemente en todos los casos del arte médica de diagnosticar.

§24. Tomé de nuevo sus dos pulsos, pero esta vez lo hice al mismo tiempo en las dos muñecas. El pulso en la muñeca derecha era ligeramente más débil que el de la izquierda, y cada pulsación individual era algo más prolongada. Duraba un poquito más que su contraparte. La diferencia era tan pequeña que no se podía distinguir si se tomaba el pulso a cada muñeca por separado; era necesario checarlas simultáneamente.

§25. Sabía la respuesta a mi pregunta; sabía por qué Michael Vernon había tenido sus tres AITs.

Argumentación. De una manera similar a la que observamos en los diálogos socráticos de Platón, el neurólogo procede a un interrogatorio clínico (*anamnesis*) que lo conduce, con paso seguro, al diagnóstico etiológico anunciado en §25 (aunque explícito solamente en §53). Las respuestas que da el paciente a las preguntas del médico son otras tantas premisas en la argumentación que concluye en dicho diagnóstico. Estas preguntas son cinco. Veamos como cada pregunta se suscita a partir de la respuesta a la anterior.

(Q6) *Si el paciente hace ejercicio.* Ante la respuesta muy específica de que era corredor desde sus días de estudiante universitario (§§16–17), se suscita la pregunta:

(Q7) *Si el paciente había estado corriendo en el momento de los episodios.* Hay, en efecto, accidentes cerebrovasculares que ocurren cuando las personas corren y en ese caso hay que indagar otras cosas (por ejemplo, cuánto tiempo había estado corriendo o a qué velocidad). Ante la respuesta negativa del paciente (§§18–19), se suscita la pregunta:

(Q8) *Qué había estado haciendo en el momento de los episodios.* Esta pregunta parte del supuesto de que es probable que lo que el paciente haya estado haciendo pueda explicar los episodios mórbidos. Ante las respuestas: cortar leña, palear nieve, hacer una rutina gimnástica, el médico percibe enseguida lo que tienen en común las dos primeras actividades, es decir, los movimientos vigorosos de los brazos (§§20–21). Por ello se suscita la pregunta:

(Q9) *Si el paciente había estado haciendo saltos de tijera.* Esta pregunta podría parecer arbitraria e inesperada para el paciente, pero con un poco de suerte comprensible para los asistentes del médico: el ejercicio que llamamos “saltos de tijera” (en inglés, *jumping jacks*) involucra, al igual que cortar leña o palear nieve, movimientos vigorosos de los brazos (§§22±23)

(Q10) *Si el pulso es igual en las dos muñecas.* Esta pregunta no es explícita en el texto de Klawans, pero se desprende del acto médico de tomar el pulso de las dos manos al mismo tiempo, junto con la explicación (dirigida no al paciente ni a los

asistentes del médico, sino a nosotros los lectores de ese texto) de que cualquier diferencia en el pulso de las dos muñecas será probablemente imperceptible si se hace por separado (como es usualmente el caso y como, por tanto, fue probablemente el caso durante el examen médico que llevaron a cabo el residente y la estudiante antes del interrogatorio). La respuesta a Q10, es decir, la diferencia pequeña, pero significativa, en los dos pulsos (§24), es la premisa clave para la argumentación que conduce al diagnóstico (§25).

Nótese que el médico tratante no explica a su auditorio por qué toma el pulso en las dos manos al mismo tiempo ni su auditorio parece darse cuenta, ya que no le preguntan tampoco por qué lo hace. El autor nos introduce un poco en el secreto, dándonos una pista de que ese acto suyo es significativo: en su momento veremos que es una confirmación del diagnóstico etiológico al que ha llegado a raíz de las circunstancias particulares en que han ocurrido los ataques. La seguridad con la que el médico procede en este SEGUNDO INTERROGATORIO (el conjunto de las preguntas Q6 a Q10), comprueba lo dicho antes: el médico está siendo guiado por una intuición, un *punto de vista tentativo, que debe ser confirmado argumentativamente a través del interrogatorio clínico. La cuestión para nosotros los lectores debería ser: ¿cómo sabía el doctor que era necesario tratar de identificar si había una diferencia en los dos pulsos? Obtener la respuesta a esa pregunta es el objetivo de toda la argumentación siguiente (§§26–58).

§26. Ahora tenía que hacer tres cosas: tenía que enseñarles a Jill y a Irv acerca del proceso. Igualmente tenía que enseñarle al Sr. Vernon, ya que su educación era un paso necesario para prevenir otro AIT. Finalmente, tenía que probar que estaba yo en lo correcto.

Apertura. En §26 tenemos un comentario que está fuera de la discusión crítica que tiene lugar entre el médico tratante y su auditorio (el paciente y sus asistentes). Sin embargo, visto desde la meta-discusión crítica entre el autor Klawans y sus lectores, este comentario pertenece a la etapa de apertura. Nos dice claramente que él, en tanto que médico tratante, tiene ya el diagnóstico, es decir, ha formado un *punto de vista, del que quiere persuadir a su auditorio, y entonces nos explica que él, en tanto *protagonista, se prepara para presentar, ante sus *antagonistas, la argumentación requerida para sustentarlo. Con otras palabras, el razonamiento interno del que ha dejado evidencia en su examen clínico y las preguntas que ha formulado al paciente, tiene ahora que convertirse en un argumento externo.

Además, tenemos en §26 un *punto de vista procedimental. En efecto, el autor Klawans aclara a sus lectores que ese argumento externo que va a presentar sirve el

propósito de instruir, por un lado, a su paciente (como todo médico quiere hacer, a fin de que el paciente haga suyo su conocimiento y siga el tratamiento indicado para evitar que la isquemia se repita) y, por otro lado, a su residente y a su estudiante (que están aprendiendo con él bajo el procedimiento clásico conocido como “mentoría”) *acerca del proceso*. En este contexto médico, “proceso” denota el mecanismo fisiológico, es decir, el encadenamiento de causas y efectos que se ha producido dentro del organismo del paciente, culminando en el ataque isquémico transitorio. Su argumentación será entonces una *explicación* de la causa del ataque en el sentido usual entre teóricos de la argumentación.¹⁷

5. Cómo se hace el diagnóstico etiológico

Toda explicación tiene el carácter de una hipótesis, la cual tiene que ser confirmada mediante una argumentación que *justifique* la explicación. Dicho de otra manera, el *punto de vista consistente en decir que el paciente sufrió de un ataque isquémico transitorio ha sido propuesto por la propia estudiante del médico tratante con el beneplácito de este. No hay hasta aquí *diferencia de opinión entre ambos, ni con el médico residente, ni en realidad con el paciente. Por tanto, el diagnóstico sindromático tiene el carácter de un hecho que, en este contexto, no requiere *justificación*. Lo que en cambio sí requiere justificación es la explicación que dará el médico tratante de la causa del ataque, la cual, como veremos involucra un proceso de naturaleza estrictamente física que resulta bastante complicado (véase §§37–39). Por ello, Klawans nos dice que tenía que “probar” la hipótesis, o como se dice en filosofía de la ciencia: *corroborarla*.

§27. Hice entonces algo que hago rara vez. Opté por combinar los primeros dos pasos hasta donde fuera posible. Expliqué el concepto de AIT al Sr. Vernon tan claramente como pude. Lo entendió a la primera. Era un ingeniero químico, y si bien se había retirado oficialmente a los 68 años de edad, seguía trabajando como consultor.

§28. Entendió también las respuestas que había yo preguntado antes. ¿Por qué había tenido esos tres AITs? ¿Significaba eso que iba a tener un accidente cerebrovascular? Y si eso era así, ¿había algo que pudiera hacer él para disminuir

¹⁷ La distinción entre explicación y justificación es usual en teoría de la argumentación (véase por ejemplo van Eemeren y Snoeck Henkemans 2017: 36–38; Marraud 2013: 24–27, 2020: 19–22). Es una distinción que se deriva en último término de la filosofía, concretamente de la distinción de Wittgenstein entre las acciones humanas y los acontecimientos externos: aunque de ambos podemos preguntarnos por qué ocurrieron, la respuesta a esta pregunta no puede ser causal en el caso de las primeras sino sólo en el caso de los segundos (para un panorama de la discusión, véase Lenman 2016). Los teóricos de la argumentación prefieren dejar el tema de la explicación a los filósofos de la ciencia (Woodward y Ross 2021), de forma que para ellos argumentación equivale a justificación. Nótese que las explicaciones y las justificaciones utilizan recursos lingüísticos muy similares (por ejemplo, la pregunta *por qué*). De ahí que, en teoría de la argumentación, haya intentos de mostrar sus diferencias formales (véase, por ejemplo, Snoeck Henkemans 2001, Marraud 2020: 22–24).

el riesgo?

§29. Me dirigí a Jill. “¿Cuál es la presión sanguínea del Sr. Vernon?”, le pregunté.

§30. “128 sobre 82”, me contestó. Era normal.

§31. “¿En qué brazo?”, le pregunté a continuación.

§32. Esta vez Jill no tenía la respuesta lista. Trató de recordar. “El izquierdo.”

§33. “¿Cuál fue su presión en el otro brazo?”

§34. No lo sabía.

§35. “¿Sería importante saber su presión sanguínea en ambos brazos?”

§36. “Supongo que sí”, dijo ella sin mucha convicción. En su joven carrera, tomar la presión sanguínea en ambos brazos nunca le había ayudado a mejorar su comprensión de un paciente o de su enfermedad.

Argumentación. En §27 se establece la primera premisa de la argumentación: el paciente sufrió tres ataques isquémicos transitorios, donde lo importante es que el paciente entienda el concepto. Recordemos que este era un punto de partida substantivo entre el doctor y sus estudiantes; pero ahora es también posesión del paciente. Gracias a ello es que es ahora el paciente quien hace la pregunta Q3 y con ello está preparado para recibir la explicación del médico tratante. Notemos de paso que el paciente tiene preguntas adicionales: qué tan probable es que tenga un infarto, qué puede hacer él para disminuir el riesgo de un infarto. Dejo sin numerar esas dos preguntas, no porque no sean importantes; son de hecho las más importantes desde la perspectiva del paciente; sino porque en el fragmento del texto que analizamos aquí no se retoman.¹⁸

Volviendo sobre Q3, el médico tratante inicia un TERCER INTERROGATORIO (de Q11 a Q14) dirigido a su estudiante con el fin de conducirla a que tanto ella como el residente y el paciente comprendan las razones que llevan al diagnóstico etiológico:

(Q11) *Cuál es la presión sanguínea del paciente.* Recordemos que la presión sanguínea se mide en principio en cualquiera de los dos brazos, debido a que la presión en ambos brazos es normalmente casi igual. De allí que Q11 no especifique en qué brazo la estudiante tomó la presión del paciente. La respuesta de la estudiante confirma

¹⁸ Desde luego que, en vista de su importancia, las preguntas del paciente sobre tratamiento y pronóstico son objeto de una discusión más adelante en el ensayo completo que trata del caso del Sr. Vernon (véase Klawans 1988: 80–81). De hecho, es precisamente esa discusión de las preguntas del paciente la que lleva a la reflexión sobre el caso de Toscanini que da nombre al ensayo (*ibid.*, 81–85; véase también 79–80).

que la presión era normal (§§29–30).

(Q12) *En cuál brazo se midió la presión sanguínea.* Esta pregunta intenta llamar la atención de la estudiante sobre el hecho de que, aunque en principio se pueda medir la presión en cualquier brazo, siempre se mide la presión en un brazo particular. Dado que la decisión sobre en cuál brazo se ha de medir la presión sanguínea no tiene importancia en la mayoría de las circunstancias, Q12 debería alertar a la estudiante a que el caso de este paciente podría ser especial. Obsérvese que la estudiante tenía la respuesta clara a Q11, pero vacila un poco en responder a Q12, lo que indica que quien mide la presión no suele fijarse en su propia decisión. Con todo, la respuesta se recobra: la presión se tomó en el brazo izquierdo (§§31–32).

(Q13) *Cuál es la presión sanguínea en el brazo derecho del paciente.* Esta pregunta es todavía más inesperada que la anterior. Si es indiferente tomar la presión en uno u otro brazo, entonces Q13 pareciera irrelevante; y de hecho, la estudiante admite no conocer la respuesta (§§33–34).

(Q14) *Si es o no importante conocer la presión sanguínea en ambos brazos.* Por todo lo dicho antes, la respuesta automática sería negativa; pero como el médico está planteando la pregunta, la estudiante dice que sí, aunque resistiéndose un poco, debido justamente a que nunca había estado ella en una situación en que la diferencia de presión en ambos brazos resultara relevante (§§35–36).

De todo esto, nosotros los lectores debemos inferir que, en (a) el caso particular de este paciente, (b) con estos ataques isquémicos transitorios repetidos tres veces, (c) en ocasiones que involucran ejercicio vigoroso de los brazos, la decisión de dónde se toma la presión sanguínea es muy relevante al diagnóstico, aunque no sabemos todavía por qué. Es de pensarse que el auditorio del médico debe estar preguntándose lo mismo. Tenemos pues aquí varias premisas esenciales a la argumentación.

§37. “¿Ha usted oído alguna vez hablar del principio de Bernoulli?”

§38. Jill no tenía idea de lo que yo le estaba preguntando, ni tampoco Irv Norven. Ambos habían estudiado el principio de Bernoulli cuando tuvieron su clase de física, pero no parecía haber causado una gran impresión en ninguno de los dos.

§39. Pero sí a Michael Vernon. “Bernoulli era suizo”, comenzó a decir. Siempre había yo pensado que era italiano, pero el Sr. Vernon me aseguró que era suizo, si bien de la parte de Suiza que colinda con Italia. Nos contó la historia completa. Daniel Bernoulli, el autor del principio que lleva su nombre, pertenecía a una familia de famosos matemáticos. Vivió de 1700 a 1782. Su principio explica por qué los aviones vuelan. De acuerdo con el principio de Bernoulli, la presión es inversamente proporcional a la velocidad: a mayor velocidad, menor presión. Las alas de un avión son convexas, y el aire que recorre la parte superior debe viajar a lo largo de esa

convexidad, de manera que recorre una mayor distancia que el aire que viaja por debajo del ala. Si ese aire recorre esa distancia en el mismo tiempo, su velocidad debe ser mayor que la velocidad del aire que va por debajo del ala. Como resultado, la presión hacia abajo que el aire superior ejerce sobre el ala será menor que la presión hacia arriba que ejerce el aire más lento que pasa por debajo. Por eso el avión vuela. “La presión”, repitió didácticamente el Sr. Vernon, “es inversamente proporcional a la velocidad.”

Argumentación. Aquí comienza la parte dura, técnica, de la argumentación que involucra la física matemática. El médico tratante plantea la pregunta inesperada:

(Q15) *Cuál es el principio de Bernoulli.* Lo digno de nota es que tanto el médico residente como la estudiante durante sus estudios médicos, concretamente en la clase de física, tuvieron que haber visto el principio de marras; pero lo olvidaron, como tantas otras cosas. En cambio, el paciente, quien es ingeniero (véase §27), sabe bien cuál es ese principio, si bien probablemente no ve tampoco la relevancia de la pregunta. El médico está tratando de decir que el principio de Bernoulli (*la presión es inversamente proporcional a la velocidad*, §39), que es la respuesta a Q15, constituye una premisa fundamental en la argumentación que desembocará en el diagnóstico etiológico de los síntomas del paciente.

Observe el lector la aparentemente enorme distancia que separa este principio físico, abstracto y de gran generalidad, de la cuestión, particular y concreta, de *por qué es importante medir la presión en los dos brazos de este paciente*. Lo único común a las dos cosas es el concepto de presión. Conviene observar también que la aclaración dada por el paciente contiene un largo argumento sobre los aviones en que se aplica el principio de Bernoulli. Este caso particular parece lejano al caso particular de los ataques isquémicos transitorios del paciente. Por ello, en lo que sigue se tratará de conectar el principio de Bernoulli y la aplicación aeronáutica con la argumentación diagnóstica. Tanto los lectores de Klawans como el auditorio del médico tratante saben que ese principio, por remoto que pudiera parecer, tiene que ser la base de la explicación causal.

§40. Era claro que no era yo el único maestro en la habitación. Era tiempo de retomar la palabra. “¿Qué sabe usted sobre el suministro de sangre a la parte trasera del cerebro, Jill?”

§41. “Hay dos arterias vertebrales. Cada una sube por cada lado del cuello, y luego se combinan para formar la arteria basilar.”

§42. Ahora tenía que dirigir mi esfuerzo didáctico tanto a los médicos como a los no médicos en la habitación. “La arteria basilar formada por las dos arterias vertebrales suministra sangre al tallo cerebral, esa parte del cerebro que conecta los dos hemisferios con la espina dorsal. El tallo cerebral lleva a cabo varias funciones características. Una de ellas es la coordinación del movimiento ocular. La falla en esta coordinación causa doble visión. Es la única parte del cerebro que controla el

movimiento en ambas partes del cuerpo. De manera que, si un paciente tiene AITs tales que le provocan doble visión y debilidad alternante, primero en una parte del cuerpo y luego en la otra...”, vacilé un momento.

§43. El Sr. Vernon captó inmediatamente. Habría sido un estudiante excelente de medicina. “Entonces los AITs se deben a un problema en las arterias vertebrales o en la basilar.”

§44. “Correcto. Ahora bien, sabemos que la sangre sube por cada lado del cuello a través de las arterias vertebrales y luego se junta en la arteria basilar. La siguiente pregunta es, ¿cuál es la fuente para las arterias vertebrales?”

§45. “Las arterias subclavias, justo antes de que se doblen y entren en cada brazo”, respondió Irv.

§46. “Muy bien. Ahora bien, ¿qué pasa al flujo sanguíneo del brazo cuando uno hace ejercicio?”

§47. Clavé la mirada en el Sr. Vernon, esperando que pudiera él de nuevo responder esa pregunta.

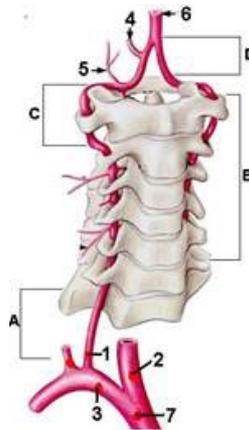
§48. “Debe aumentar a fin de satisfacer las necesidades metabólicas de los músculos.”

Argumentación. Tenemos ahora el CUARTO INTERROGATORIO (de Q16 a Q18), el cual versa ahora sobre la anatomía y la fisiología del sistema circulatorio:

(Q16) *Cómo fluye la sangre a la parte trasera del cerebro.* Quizá de entrada ni el auditorio del médico ni los lectores de Klawans vemos la relevancia de un aspecto específico de esta pregunta (remito de nuevo a Leal 2021, §4), pues no habla ella en general del suministro de sangre al cerebro, sino específicamente a sus zonas occipitales. Esto será la clave. Nótese que la respuesta de la estudiante se limita a describir la unión de las dos arterias vertebrales, una de cada lado, para formar la basilar (§41). El médico tratante ve la necesidad de completar la descripción (§42) y hacer notar la conexión de la irrigación de la basilar con las funciones afectadas en los episodios isquémicos del paciente: la doble visión y la debilidad que va de un lado del cuerpo al otro (véanse §§1, 3–5). La conclusión la saca el propio paciente (§43): sus síntomas fueron causados por un problema de irrigación que afectó o bien las arterias vertebrales, o bien la arteria basilar en que se juntan.

(Q17) *De dónde proviene la sangre que transportan las arterias vertebrales.* El médico está rastreando el mecanismo anatómico-fisiológico en busca de la causa última de los síntomas. La respuesta la da ahora el residente: cada una de las dos arterias subclavias alimenta el flujo sanguíneo de cada una de las arterias vertebrales. En efecto, la arteria subclavia de cada lado del cuerpo se bifurca de tal manera que, por un lado, conecta con la arteria vertebral de ese lado y, por otro lado, se dobla y baja al brazo correspondiente. En la Figura 1 se puede apreciar todo esto mejor que con un torrente de palabras: el número 3 en la parte inferior apunta a una de las dos arterias subclavias, el número 1 a la correspondiente arteria vertebral y el número 6 en la parte superior a la arteria basilar.¹⁹

Figura 1. Arteria vertebral derecha (1) subiendo de la subclavia derecha (3) y uniéndose a la arteria basilar (6).



(Q18) *Cómo afecta el ejercicio al flujo sanguíneo de los brazos.* Esta pregunta reconecta la argumentación general anatómico-fisiológica con el hecho de que el paciente estaba haciendo ejercicio con sus brazos en los tres episodios: cortar leña, palear nieve, saltos de tijera (§§21–23). El paciente, a quien se dirige ahora el médico, da la respuesta: el flujo aumenta.

§49. “Correcto. ¿Y qué pasa si ejercita usted el brazo y resulta que la arteria subclavia está parcialmente bloqueada? En ese caso el flujo sanguíneo no puede dejar de aumentar, sólo que ahora lo logra aumentando la velocidad. Y eso, ¿qué efecto tiene sobre la presión en la arteria subclavia, Jill?”

§50. “De acuerdo con el principio de Bernoulli, la presión debe disminuir según aumenta la velocidad.”

§51. “Y puesto que la sangre fluye de la presión alta a la baja, ¿qué ocurrirá en las

¹⁹ Este diagrama, y las explicaciones anatómicas correspondientes, se puede consultar en la página https://www.med.ufo.cl/neuroanatomia/archivos/18_irrigacion_archivos/Page342.htm.

arterias vertebrales?” Esta vez contesté yo mismo la pregunta. “La sangre subirá a través de la arteria vertebral que tiene presión normal hasta el punto en que se encuentre con la otra arteria vertebral. La presión en esa segunda arteria que, les recuerdo, es la que viene subiendo de la subclavia parcialmente bloqueada —es decir, la arteria que tiene más velocidad y por tanto menos presión— es menor. Por lo tanto, la sangre sube por una arteria vertebral y luego baja por la otra para poder seguir por la arteria subclavia donde la presión es menor. Por eso es por lo que se le llama a esto el síndrome de robo de la subclavia. En esencia, podemos decir que la arteria subclavia le roba sangre al cerebro y como resultado el paciente tiene un AIT.” Comprobé que mis tres estudiantes entendían el mecanismo que subyace al síndrome de robo de la subclavia.

Argumentación. Este es el QUINTO INTERROGATORIO (de Q19 a Q21), cuyo propósito es crear una conexión argumentativa entre los hechos anatómico-fisiológicos que fueron establecidos en el interrogatorio anterior (§§40–43) con el principio físico explicado en §39:

(Q19) *Qué pasa si se hace ejercicios con un brazo cuya arteria subclavia está parcialmente bloqueada.* Es el propio médico el que responde para fijar la conexión con el principio de Bernoulli: como el ejercicio requiere un aumento de flujo sanguíneo, pero el bloqueo dificulta el flujo, la velocidad del flujo también tiene que aumentar.

(Q20) *Qué efecto tiene el aumento de la velocidad sobre la presión sanguínea en la arteria subclavia parcialmente bloqueada de ese brazo.* La pregunta está formulada con tal especificidad que la respuesta que da la estudiante es inmediata: la presión disminuye, según lo que establece el principio de Bernoulli. Nótese que en la formulación de Q20 repito toda la información presupuesta para que se aprecie la especificidad de la pregunta (cf. Leal 2021, §4).

(Q21) *Qué efecto tiene la disminución de presión en la arteria subclavia parcialmente bloqueada dado que la presión fluye de alto a bajo.* La especificidad de esta pregunta es explicitada por el médico que la hace y que, para abreviar, responde él mismo describiendo el proceso físico que se condensa en la frase médica “síndrome de robo de la subclavia”. El brazo con arteria subclavia parcialmente bloqueada “roba” sangre del brazo con arteria subclavia sana a fin de mantener las necesidades metabólicas exigidas por el ejercicio (cortar leña, palear nieve, hacer saltos de tijera), pero al hacerlo le llega menos sangre a la parte occipital del cerebro que, como vimos antes (§42), coordina el movimiento ocular y controla el movimiento corporal de ambos lados, con lo cual se pueden explicar síntomas como los de doble visión y debilidad alternada en ambas partes del cuerpo.

§52. “¿Fue eso lo que me ocurrió a mí?”, preguntó Michael Vernon. Naturalmente, su caso particular le interesaba más que la teoría general.

§53. “Es lo que creo”, contesté.

§54. “¿Y por qué?”

§55. “Usted tuvo los factores precipitantes correspondientes —ejercicio con los brazos— en las tres ocasiones. Y en las tres ocasiones dejó usted de hacer el ejercicio y los ataques se desvanecieron. Y su pulso en la derecha es más débil y prolongado que el de su izquierda.”

§56. “¿Puede usted probarlo?”

§57. “Si su presión sanguínea es menor en su brazo derecho. A ver, Jill, tome usted la presión.”

§58. “125 sobre 80 en el izquierdo”, dijo Jill, “90 sobre 60 en el derecho.”

Confrontación. Aquí tenemos el paso de la teoría general (que es la que nos había venido ocupando desde §37 hasta §51) al caso particular de este paciente. Con su primera pregunta, el paciente está asumiendo, ahora sí explícitamente, el rol de *antagonista y solicitando al médico que formule su *punto de vista discutible mediante la pregunta:

(Q22) *Si el paciente sufrió de síndrome de robo de la subclavia en los tres episodios de ataque isquémico transitorio o no.* Lo primero es saber si lo dicho se aplica al paciente, lo que implicaría naturalmente que su brazo derecho tiene una arteria subclavia parcialmente bloqueada. La respuesta del médico tratante (§53) contiene su hipótesis, y con ella el diagnóstico etiológico: el síndrome de robo de la subclavia causó los tres AITs del paciente.

Argumentación. Con su segunda pregunta, el *antagonista (como corresponde a la *etapa de argumentación, véase Tabla 1) solicita ahora un argumento capaz de sustentar el *punto de vista del médico:

(Q23) *Por qué debemos pensar que el paciente sufrió de síndrome de robo de la subclavia.* Esta es la pregunta clave, por la que pasamos del dominio de la explicación causal (la hipótesis del médico tratante) al dominio de la argumentación justificativa. La respuesta del médico es contundente: el paciente hacía ejercicios vigorosos con los brazos, se produjeron los síntomas esperados en caso de síndrome de robo de la subclavia, los síntomas de AIT desaparecieron cuando se suspendió el ejercicio, y —pieza clave del razonamiento médico— el pulso en la muñeca derecha del paciente es más débil y prolongado que en su muñeca izquierda (véase §24). Esta es la premisa clave, factual, que conecta la teoría general con el caso particular.

Ahora bien, no debemos olvidar que, hasta este momento de la discusión, el médico

es el único que sabe a ciencia cierta que hay una diferencia, pequeña pero significativa, en la presión sanguínea de los dos brazos, porque solamente él tomó simultáneamente los dos pulsos (§24). El resultado de tal acto fue, por cierto, lo que lo llevó a concebir el diagnóstico que ha venido explicando desde §37. Sin embargo, ni el paciente, ni en rigor la estudiante o el residente, conocen esa diferencia de presión. Por ello es que el paciente, siguiendo fielmente su rol asumido de *antagonista, solicita al médico que pruebe este último punto:

(Q24) *Cuál es la prueba de que el paciente tiene una diferencia en la presión sanguínea de las arterias subclavias de sus dos brazos.* El médico solicita entonces que se tome la presión en ambos brazos y con ello se confirma cuantitativamente (125/80 en el brazo izquierdo, lo que está en el rango normal de presión vs. 90/60 en el brazo derecho, que es definitivamente bajo) lo que el médico había observado cualitativamente al tomar el pulso de ambas muñecas de manera simultánea.

6. Algunas lecciones extraíbles del análisis

Antes de continuar, conviene remarcar aquí que hay una etapa del modelo que no encuentra expresión en el fragmento escogido: la *etapa conclusiva. En esta etapa, los *antagonistas, es decir, el paciente y los asistentes del médico tratante en este caso, conceden que sus dudas están resueltas y aceptan el diagnóstico. El ensayo original de Klawans continúa todavía por unas páginas del libro (1988: 79–85), en las cuales se contienen más materiales dignos de análisis pragma-dialéctico, por ejemplo:

- el pronóstico y las opciones de tratamiento para el Sr. Vernon (véase §28);
- las dudas del médico internista que atendía al paciente;
- el intento de aplicar la misma argumentación, y por ende el mismo diagnóstico, al caso histórico de los movimientos vacilantes y torpes del gran director Arturo Toscanini, quien precisamente era famoso por agitar mucho sus brazos al dirigir, un problema que da su título al capítulo en que se narra este diagnóstico y de hecho al libro todo de Klawans.

Sin embargo, de lo que no se habla ya es de dudas y resolución de dudas, aunque es claro que las dudas de los *antagonistas se resolvieron con la elegante argumentación del médico tratante. De otra manera no habría habido una segunda discusión sobre pronóstico y tratamiento. Podemos por ello decir, que en lo concerniente al diagnóstico, es decir al *punto de vista del médico tratante, la discusión queda cerrada y concluida

satisfactoriamente para todas las partes.

Yo también debo concluir ahora. Para empezar, me gustaría hacer notar que todo lo dicho aquí sobre argumentación se documenta al hilo de un ejemplo concreto de una cierta complejidad. Aunque el campo de estudios sobre argumentación ha alcanzado una notable sofisticación teórica, muchos teóricos o bien discurren como la paloma imaginaria de Kant, en ausencia total de ejemplos, o bien utilizan ejemplos muy simples y que no presentan un desafío intelectual importante; en este último caso, los ejemplos suelen además ser inventados *ad hoc*, pues rara vez habrá un ejemplo real que sea simple y sin dificultad. Estoy casi seguro de que este proceder usual es una razón importante por la que hasta ahora se ha prestado poca o nula atención al papel de las preguntas en la argumentación, pues es un hecho flagrante que ellas abundan en la vida diaria, por no hablar de los dominios más intensamente argumentativos que existen: la medicina, el derecho, la ingeniería, la academia. Ninguna consulta médica, ningún proceso judicial, ninguna tecnología, ninguna publicación especializada es siquiera concebible sin preguntas; y es difícil imaginar una situación comunicativa en que se argumente más que en estas.

En segundo lugar, el campo de la argumentación está casi exclusivamente concentrado en los argumentos (véase nota 1). Sin embargo, los argumentos no existen nunca en estado puro, sino que siempre son parte de una situación comunicativa compleja. De hecho, me atrevería a decir que los argumentos, como se entienden usualmente, no existen hasta que no llega un analista (filósofo, científico, crítico, teórico de la argumentación, retórico) y lo identifica, lo extrae de la situación comunicativa, lo pule y reformula para presentarlo al mundo. Sólo entonces podemos hablar de El Argumento, que resulta ser entonces un *producto* ciertamente, pero no un producto de la argumentación (que es un proceso comunicativo) ni de los argumentadores (que comunican muchas cosas aparte de argumentos), sino del analista.²⁰ Cuando los teóricos de la argumentación analizan algún texto argumentativo (oral o escrito), algo que por lo visto no hacen con tanta frecuencia como fuera deseable, entonces producen ellos argumentos y los hacen objetos de sus teorías. En este artículo yo me aparto de esta perspectiva, que proviene de la lógica (tanto tradicional como moderna, tanto formal

²⁰ La mayoría de los teóricos de la argumentación repiten la distinción, vieja de medio siglo, entre *argument as process* y *argument as product* y asumen, sin pensarlo demasiado, que El Argumento es un producto fabricado por los argumentadores en el proceso de comunicación; y es verdad que algunos argumentadores son capaces de la hazaña de analizar sus actos comunicativos e identificar en ellos sus argumentos; pero, en primer lugar, no todos son capaces de hacer tal cosa y, en segundo lugar, quienes lo hacen *ipso facto* no son ya meros argumentadores, meros comunicadores de argumentos, sino que son ya en ciernes analistas y hasta teóricos de la argumentación. Remito al lector interesado en este asunto a la discusión en Leal y Marraud 2022 (cap. 2) o a la versión simplificada en Leal Carretero (2021).

como informal), para enfocarme en el proceso comunicativo tal como este se da en el texto. De allí la necesidad de acudir a una teoría del proceso argumentativo y no solamente de los argumentos. En este caso, como resulta obvio si se considera en detalle el análisis de las secciones 3–5, se topa uno con todo tipo de cosas, por ejemplo, con una serie de interrogatorios, y entonces se trata de describirlos y explicarlos, y no de hacerlas a un lado para que aparezca en todo su esplendor esa piedra preciosa que sería El Argumento.

En tercero y último lugar, los textos argumentativos analizados (cuando los hay) en el campo de estudios sobre argumentación suelen ser, digamos, de alcance general, de forma que rara vez nos damos cuenta de las ideas, creencias, prejuicios, conocimientos e informaciones que el análisis requiere para poder llevarse a cabo. Todo ello, que podemos llamar el “contexto” o el “trasfondo” de la argumentación, no es siempre claro para el analista. Sin embargo, para que los lectores se den cuenta de la importancia de ese trasfondo —dicho simplemente, la importancia de saber de qué está hablando un texto—, copio a continuación un pasaje tomado de un artículo de lingüística:

En la estructura bitransitiva con agente, paciente y comitativo aplicado, algunas lenguas de la familia mixezoque permiten que tanto el paciente como el comitante aplicado puedan funcionar como objeto primario de la oración, es decir, ambos argumentos tienen acceso a las propiedades de código y comportamiento que posee el único objeto de los verbos monotransitivos. En este sentido, dentro de la construcción comitativa con doble objeto, la selección del objeto de las estructuras bitransitivas que comparten las propiedades sintácticas con el único objeto de la estructura monotransitiva va a estar determinada por la posición que ocupe la referencia de cada uno de los objetos en la jerarquía de prominencia ...1 > 2 > 3 proximal > 3 obviativo. En las lenguas en que ambos objetos (paciente o comitativo) pueden tener el estatus sintáctico de objeto primario independientemente de su rol semántico, siguen un alineamiento de objeto neutral ... o de objetos simétricos ... poco común en lenguas de Mesoamérica. Cuando el paciente es jerárquicamente más alto que el comitante, el paciente toma el estatus de objeto primario mientras que el comitante aplicado es objeto secundario oracional, como lo hace evidente la referencia del marcador absolutivo en relación con el paciente dentro de las construcciones inversa... y pasiva ... en el oluteco y en el mixe de Totontepec. Por otro lado, cuando el comitativo es jerárquicamente más alto que el paciente, el comitativo obtiene el estatus de OP y el paciente pasa a ser OS, como lo muestra la marcación de persona en la construcción inversa... y pasiva... en [esas mismas lenguas]. (Zavala 2015: 205–206)

El lector notará un gran contraste entre el texto de Klawans que hemos venido analizando y explicando y este pasaje. Detengámonos un poco en ese contraste.

En el pasaje citado, su autor desarrolla una argumentación más o menos compleja. Podemos saber que se trata de argumentación porque se usan ciertas frases más o menos familiares (“es decir”, “en este sentido”, “va a estar determinada por”, “como lo hace evidente”, “por otro lado”, “como lo muestra”): por tales frases y por ciertos

aspectos de la disposición del texto (cf. Marraud 2020: 35–36) podemos colegir que el autor está efectivamente argumentando. Sin embargo, solamente un lector que sepa de lingüística, es decir, que entienda bien los términos técnicos y su engarce en el modo de argumentar de dicha disciplina, y que posea conocimientos avanzados sobre las cuestiones y técnicas de análisis relevantes, podrá realmente entender los argumentos contenidos en esos pasajes (o en los textos de que forman parte). De hecho, en la cita he omitido elementos indispensables de la argumentación, a saber los ejemplos de oraciones que en lingüística tienen carácter demostrativo. Un lingüista querrá examinar cuidadosamente dichos ejemplos a fin de interpretar correctamente los argumentos. A un lego, en cambio, no le servirán ni poco ni mucho.

Por contraste, el texto de Klawans toma una situación comunicativa que tuvo lugar entre un médico, una paciente, un residente y una estudiante, y la narra para lectores legos. No se dirige a sus colegas, que eso daría un texto muy distinto. Por estar el texto hecho como está, nosotros podemos, con algún esfuerzo, reconocer de qué está hablando Klawans y cómo se comunican sus personajes entre sí y qué es lo que comunican: de qué trata la argumentación. No obstante, cabe advertir que el texto de Klawans supera con creces el nivel cognitivo de la mayoría de los ejemplos utilizados en teoría de la argumentación.

REFERENCIAS

- Cordes, M., coord. (2021). *Asking and answering*. Tübinga: Narr.
- Eemeren, F. H. van (2010). *Strategic maneuvering in argumentative discourse*. Amsterdam: John Benjamins.
- Eemeren, F. H. van (2018). *Argumentation theory: A pragma-dialectical perspective*. Cham: Springer.
- Eemeren, F. H. van, Garssen, B. y Labrie, N. (2021). *Argumentation between doctors and patients: Understanding clinical argumentative discourse*. Amsterdam: John Benjamins.
- Eemeren, F. H. van, Garssen, B. y Meuffels, B. (2009). *Fallacies and judgments of reasonableness: Empirical research concerning the pragma-dialectical discussion rules*. Dordrecht: Springer.
- Eemeren, F. H. van, Garssen, B., Greco, S., Haften, T. van, Labrie, N., Leal, F. y Peng, W. (2022). *Argumentative style: A pragma-dialectical study of functional variety in argumentative discourse*. Amsterdam: John Benjamins.
- Eemeren, F. H. van y Grootendorst, R. (1983). *Speech acts in argumentative discussions*. Dordrecht: Foris.
- Eemeren, F. H. van y Grootendorst, R. (1992). *Argumentation, communication, and fallacies*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eemeren, F. H. van y Grootendorst, R. (2004). *A systematic theory of argumentation*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Eemeren, F. H. van, Houtlosser, P. y Snoeck Henkemans, A. F. (2007). *Argumentative indicators in discourse: A pragma-dialectical study*. Dordrecht: Springer.
- Eemeren, F. H. y Snoeck Henkemans, A. F. (2017). *Argumentation: Analysis and evaluation*. 2ª

- edición. Londres: Routledge.
- Galindo Castañeda, J. (2020). *El papel de las preguntas en la argumentación filosófica*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Gensollen, M. (2020). ¿Oponentes o colegas? Desacuerdo y adversarialidad en la teoría de la argumentación. *Quadripartita Ratio* 5 (10), 36–50.
- Gensollen, M. (2022). *Argumentación y desacuerdo*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Goodwin, J. (2007). Argument has no function. *Informal Logic* 27 (1), 69–90.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns* [Teoría de la acción comunicativa], 2 vols. Francfort del Meno: Suhrkamp.
- Hastings, A. C. (1962). *A reformulation of the modes of reasoning in argumentation*. Tesis doctoral, Northwestern University.
- Hill, G. N. y Hill, K. T. (1995). *Real life dictionary of the law*. Los Ángeles: General Publishing Group.
- Hitchcock, D. (2020). Arguing for questions. En: F. H. van Eemeren y B. Garssen (coords.) *From argument schemes to argumentative relations in the wild* (167–184). Cham: Springer.
- Kerbrat-Orecchioni, C., coord. (2004). Polylogue. Número especial del *Journal of Pragmatics* 36 (1), 1–145.
- Klawans, H. L. (1988). *Toscanini's fumble and other tales of clinical neurology*. Chicago: Contemporary Books.
- Leal, F. (2019). On philosophical argumentation: Towards a pragma-dialectical solution of a puzzle. *Journal of Argumentation in Context* 8 (2), 173–194.
- Leal, F. (2020). On the importance of questioning within the ideal model of critical discussion. *Argumentation* 34 (4), 405–431.
- Leal Carretero, F. (2003). ¿Qué es crítico? Apuntes para la historia de un término. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 8 (17), 245–261.
- Leal Carretero, F. (2021). Teoría(s) de la argumentación. *Diálogo Filosófico* 111, 350–379.
- Leal, F. y Marraud, H. (2022). *How philosophers argue: An adversarial-collaborative study of the Russell-Copleston debate*. Cham: Springer.
- Lenman, J. (2016). Reasons for action: Justification vs. explanation. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/archives/spr2016/entries/reasons-just-vs-expl/>.
- Lewiński, M. y Aakhus, M. (2014). Argumentative polylogues in a dialectical framework: A methodological inquiry. *Argumentation* 28 (2), 161–185.
- Marraud, H. (2013). *¿Es lógic@? Análisis y evaluación de argumentos*. Madrid: Cátedra.
- Marraud, H. (2020). *En buena lógica: Una introducción a la teoría de la argumentación*. Guadalajara: Editorial UdeG.
- Peña, L. de la (2006). *Introducción a la mecánica cuántica*. 3ª edición. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pilgram, R. (2012). Reasonableness of a doctor's argument by authority: A pragma-dialectical analysis of the specific soundness conditions. *Journal of Argumentation in Context* 1 (1), 33–50.
- Pilgram, R. (2015). *A doctor's argument by authority: An analytical and empirical study of strategic maneuvering in medical consultation*. Tesis doctoral, Universidad de Amsterdam.
- Rodríguez Romo, A. C., Aliseda, A. y Arauz, A. (2008). Medicina y lógica: el proceso diagnóstico en neurología. *Ludus Vitalis* 16 (30), 135–163.
- Rubinelli, S. y Zanini, C. (2012). Teaching argumentation theory to doctors: Why and what. *Journal of Argumentation in Context* 1 (1), 66–80.
- Snoeck Henkemans, A.F. (2001). Argumentation, explanation and causality: An exploration of current linguistic approaches to textual relations. En: T. Sanders, J. Schilperoord y W. Spooren (coords.), *Text representation: Linguistic and psycholinguistic aspects* (231–246). Amsterdam: John Benjamins.
- Wiśniewski, A. (1996). *The posing of questions*. Dordrecht: Kluwer.
- Wiśniewski, A. (2013). *Questions, inferences, and scenarios*. Londres: College Publications.
- Woodward, J. y Ross, L. (2021). Scientific explanation. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/entries/scientific-explanation/>.
- Zavala Maldonado, R. (2015). Instrumentos y comitativos en las lenguas de la familia mixezeoque: Una exploración desde la gramaticalización y la tipología. *Amerindia* 37 (2), 189–228.

Agradecimiento. Este trabajo debe su origen a la petición de Atocha Aliseda de mostrar, en un ejemplo, cómo aplicar la pragma-dialéctica a la argumentación médica que subyace al diagnóstico etiológico. Desde que produjo la primera versión de este análisis, Atocha ha continuado manifestando su interés, y eso es lo me ha llevado a la presente publicación. Le agradezco finalmente que haya leído el texto y haya sugerido varias enmiendas que redundaron en un mejor artículo. Agradezco también a los revisores anónimos las correcciones puntuales que amablemente me señalaron.

Fernando Miguel Leal Carretero: (n. 1954, doct. 1983, Universidad de Colonia, Alemania). Profesor e investigador de la Universidad de Guadalajara (México) desde 1983. Coordinador de Investigación sobre la Argumentación en Contextos Académicos del International Learned Institute for Argumentation Studies (ILIAS), con sede en la Universidad Jiangsu (China) y la Universidad de Amsterdam. Autor de más de 150 artículos en revistas o capítulos de libros, y autor o coordinador de 15 libros. Sus dos campos principales de estudio son la teoría de la argumentación y la metodología de la investigación. Obras más representativas como autor: *Diálogo sobre el bien* (2007), *Ensayos sobre la relación entre la filosofía y las ciencias* (2008), *How philosophers argue: An adversarial-collaborative study of the Russell–Copleston debate* (2022, con Hubert Marraud), *Argumentative style: A pragma-dialectical study of functional variety in argumentative discourse* (2022, con F. H. van Eemeren, B. Garssen, S. Greco, T. van Haaften, N. Labrie y P. Wu); como coordinador: *Introducción a la teoría de la argumentación* (2010, 2ª edición 2018), *Argumentación y pragma-dialéctica: Estudios en honor a Frans van Eemeren* (2015); como traductor: *A theory of philosophical fallacies* de Leonard Nelson (2016), *Argumentando se entiende la gente* de Michael A. Gilbert (2017), *La pragma-dialéctica como teoría de la argumentación* de F. H van Eemeren (2020).