

## Los falsos positivos en medicina

Dada la difusión que ha adquirido recientemente en nuestro país el término “falso positivo” conviene hacer algunas aclaraciones.

Los falsos positivos son hallazgos o pruebas que se consideran verdaderas pero que luego se demuestran falsas, la certeza o falsedad dependen de la capacidad del observador de evaluar las evidencias. Existen evidencias de distinta naturaleza y distinto valor, pero evidencia es siempre claridad y sensación de certeza en el observador<sup>1</sup>. Las evidencias existen siempre y en todos los órdenes de la vida, evidencias confirmatorias y contradictorias. Por algún mecanismo neuropsicológico se evalúan como de mayor valor las confirmatorias que las contradictorias<sup>2</sup>. Las conclusiones se realizan a través de un método de convergencia de distintas evidencias<sup>3</sup>.

Veamos qué es la evidencia y cuáles son los tipos de evidencias; seguimos el *The Wordsworth Dictionary of Phrase and Fable*<sup>1</sup>. Es una traducción personal con libertades, acotaciones y agregados. Comenzamos con la definición y seguimos con los tipos de evidencia:

*Evidencia*: Claridad, testimonio de prueba de algo. “Certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar” (DRAE).

Tipos de evidencia

*Circunstancial*: Claridad demostrada por la relevancia de los hechos.

*Concluyente*: Claridad que surge de pruebas irrefutables. La de los eruditos sin experiencia concreta.

*Demostrativa*: Claridad demostrable con pruebas que no dejan dudas. La de los científicos sin formación filosófica.

*Directa*: La que resulta de un testigo ocular. La de cualquiera que no leyó Rashomon, cuento japonés que llevara a la pantalla Kurosawa en 1950 y no conocen las trampas de la memoria.

*Documentada*: Claridad que resulta de documentos escritos. La de los historiadores.

*Externa*: Claridad derivada de historia o tradición cuya repetición la ha convertido en creencia. La de los mitos.

*Del rumor*: Claridad de lo que se oye aceptado en forma masiva como verdad. La de nuestra televisión.

*Interna*: La que resulta de su coherencia con lo que se sabe. La de filósofos no experimentales.

*“Real”*: Claridad que surge de la credibilidad de un cómplice. La de los crédulos.

*Material*: La que es objetivada por una prueba. Las policiales.

*Prima facie*: Claridad muy probable con las pruebas presentes si no se las descarta.

*Moral*: Claridad acorde con la experiencia general. La del sentido común.

*Presuntiva*: Claridad racional. Altamente probable con argumentos racionales. La de los racionales que desprecian la inteligencia emocional.

*Por sí misma (Self evident)*: Claridad derivada de los sentidos, manifiesta e indudable La de los ingenuos.

*Científica* (agregada por nosotros): Claridad de una afirmación fundamentada en observaciones de hechos espontáneos o provocados experimentalmente y analizados estadísticamente enfrentados con grupos de control para descartar la influencia del azar. De todos modos si una  $p = 0.05$  significara que en 1 de cada 20 su conclusión es equivocada.

Se requiere en el ser humano, y más en quien pretende ser un observador, un cierto grado de inteligencia “naturalista”, la capacidad de detectar un patrón, modelo u organización que definen una especie<sup>4</sup>. Se entienden como fallas del observador las de encontrar patrones donde no los hay o no encontrar

patrones donde sí los hay. Lo primero facilita los falsos positivos y lo segundo los falsos negativos.

Existen condiciones del observador que facilitan los falsos positivos y nacen:

1. De la ignorancia y la inexperiencia. Emitir conclusiones que determinarán conductas, sobre todo terapéuticas, sin experiencia y acreditación para hacerlo, demuestra una auto-sobre-valoración y vanidad inaceptables en medicina habiendo la posibilidad de consultar con especialistas mejor preparados. La posibilidad de consultar es ahora mundial y prácticamente instantánea; no usarla en situaciones de duda constituye un acto irresponsable.

2. De las conclusiones precipitadas. Aquí son más comunes los falsos negativos pero para los falsos positivos debe recordarse que es más fácil pasar por alto las evidencias contradictorias. Son más frecuentes las conclusiones precipitadas por exceso de trabajo (*burn out*) o en las demandas de conclusiones urgentes de hipocondríacos ansiosos o de personajes importantes.

3. De la personalidad del observador. Es conocido, y hay *tests* que lo confirman, que ciertas personalidades con rasgos paranoides, controladores e inseguros, tienden a correlacionar hechos azarosos y configurar un patrón y una intención. Son los llamados *overfinders* que en medicina, si se asocian a pacientes hipocondríacos, pueden arruinar la vida de estos últimos.

4. De la ambigüedad. Es probable que todos hayamos visto figuras en las que, por momentos, el observador ve una cosa y en otro momento ve otra. Esto no es infrecuente, son las variaciones que ocurren en un mismo observador. Los médicos requieren una conciencia bien clara de esta posibilidad de ambigüedad y valorar las consecuencias de sus conclusiones. Esto solo se corrige si se es capaz de decir: no sé, y no estoy seguro.

5. De los conflictos de la racionalidad. Las dos racionalidades médicas son: la racionalidad científica, la del menor error posible, y la racionalidad humanística, la del mayor beneficio probable para el paciente. Se trata de prioridades, es inaceptable que para no cometer un error se perjudique al paciente si el error es intrascendente o puede ser reparado posteriormente sin mayores consecuencias.

En medicina hay falsos positivos y falsos negativos en la anamnesis, en el examen físico, en la observación, la palpación y la auscultación, en los exámenes de imágenes y en los exámenes microscópicos; evitar estos errores exige experiencia, capacidad autocrítica y escepticismo crítico.

¿Es posible hacer entender esto a los médicos, que en general tienen baja tolerancia a la incertidumbre y suelen estar muy convencidos de sus afirmaciones? ¿Qué posibilidad hay de hacer entender esto a la población sin que pierdan confianza en la capacidad de sus médicos? ¿Somos los médicos capaces de ejercer docencia con metáforas comprensibles para los pacientes? No me parece, en este sentido, que comunicadores médicos mediáticos puedan reemplazar las explicaciones que da un médico dispuesto a responder las dudas de su paciente.

El desafío es que dentro de la formación de los médicos se consideren estos aspectos, hasta *testear* las tendencias a ser *overfinders* o *underfinders*, y observar qué progresos se hacen en este sentido a lo largo de la carrera para acercarse a un mínimo en estos defectos.

*Alberto Agrest*

1. Brewer EC. The Wordsworth Dictionary of Phrase and Fable. Ware (UK); Wordsworth, 1970.
2. Salloway FJ. Born to Rebel. New York: Pantheon Books, 1996. Citado por 4.
3. Schermer M. The Believing Brain. New York: Times Books, 2011.
4. Gardner H. Multiple Intelligences: New Horizons. New York: Basic Books 2006.