

Tema de reflexión

La enseñanza de la clínica y la pedagogía artesanal

Cuauhtémoc Matadamas Zárate,¹ Julia M. Hernández Jerónimo²

¹ Medicina Interna y Hematología, Maestro en Educación HGZ No. 1.

² Cirugía General, Maestra en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, UABJO.

Dentro del amplio campo de la formación médica, el aprendizaje de la clínica ocupa un lugar primordial. La enseñanza y aprendizaje de la clínica es importante, porque la medicina clínica es considerada como el prototipo de la actividad médica, es la práctica médica originada ante la cama del enfermo, aunque claro, ahora se ha extendido muy lejos de ella. Para fines de este trabajo, la palabra *clínica* se restringirá a una de sus funciones sustantivas: “la parte práctica de la medicina” y que en una concepción más amplia y moderna “se refiere al estudio ordenado y sistemático de las diversas manifestaciones de las enfermedades, sean reveladas éstas por medio del interrogatorio, del examen físico o de los procedimientos auxiliares, todo ello con el propósito de establecer un diagnóstico, un pronóstico y aplicar un tratamiento adecuado a un enfermo individual”.¹

La relación pedagógica que se establece en la enseñanza y aprendizaje de la clínica se asemeja al modelo de enseñanza artesanal –el artesano se forma trabajando– del que nos habla Antonio Santoni en la “*Nostalgia del maestro artesano*”.² Santoni en su obra enfatiza el papel educativo del taller y de la enseñanza tutorial del maestro artesano sobre los aprendices (*discipuli*), y los mancebos (*laborantes*) y el impacto formativo del “aprender haciendo”. Aun en nuestros días el aprendizaje y la enseñanza de la clínica es una actividad tutorial y reproduce muchos de los aspectos pedagógicos del taller, esto tiene que ver seguramente por la doble caracterización de la medicina: como ciencia y como arte.

En la Edad Media se sitúan los orígenes de la pedagogía artesanal, con las asociaciones o gremios de artesanos y mercaderes que inician en el siglo XII alcanzando su mayor influencia en el siglo XIV, decayendo paulatinamente hasta desaparecer a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Los primeros centros docentes (*los monasterios*) aparecieron en los siglos XI y XII, evolucionando a un concepto nuevo: la universidad (la de París en 1160), Oxford en 1167, Cambridge en 1209, la de Padua en 1222, la de Salamanca en 1227);³ en estas instituciones coexistían dos tipos de formación, la primera destinada a los frailes ordenados o clérigos, que aprendían las siete *artes liberales*, las primeras tres (*trivio*) eran la gramática, la retórica y la lógica; las seguían las matemáticas, la geometría, la astronomía y la música (el lla-

mado *cuadrivium*), para concluir con filosofía y teología. El segundo tipo de formación estaba destinada a los laicos encargados de los servicios o de la producción artesanal (*artes mecánicas*). En el siglo XIII a propuesta de Juan de Dinamarca se dividieron las artes, en *artes liberales* (encargadas de la producción de pensamiento, y su herramienta principal: los libros) y *artes mecánicas* (destinadas a la producción de mercancías). Inicialmente, las actividades de los médicos quedaron incluidas en las llamadas artes mecánicas, y no fue sino hasta el siglo XVIII en que la medicina se consideró como parte las llamadas artes liberales.

La enseñanza de la medicina se inicia en los monasterios pasando después a una enseñanza no religiosa. De las principales escuelas médicas de aquella época podemos mencionar a la de Salerno –con gran influencia en la enseñanza y práctica médicas durante los siglos X al XII–, otras escuelas médicas famosas fueron las de Montpellier, Bolonia y Nápoles.⁴ El clero atacó a las universidades laicas, criticando los estudios médicos, a pesar de ello, la medicina continuó difundiéndose aunque permaneció por largo tiempo (hasta el siglo XVIII) como una facultad más cercana a los estudios filosóficos y literarios que a los propios de las ciencias de la naturaleza. En opinión de A. Santoni, quizás éstos “fue el precio que los médicos tuvieron que pagar para que no los defenestraran del empíreo académico y los arrojaran de nuevo entre los mecánicos”.⁵ Sin embargo, aun entre los practicantes de la medicina, hubo quienes no gozaron del reconocimiento como “artistas liberales”: los *cirujanos*, porque tenían el agravante de la manualidad ejercida por sus especialidades, tales como quirúrgico-tonsabarbas, hueseros, sanguinadores, masajistas, floristas, simplistas, etc; la homologación de la cirugía con la medicina en una sola facultad universitaria se realizaría hasta finales del siglo XIX.⁶

“El vuelco pedagógico” en la enseñanza artesanal y técnica es explicada por Santoni, como el paso del prolongado y sufrido aprendizaje (*tirocinio*) en los talleres artesanales a los cursos escolares con lecciones a las que se les agregaban ejercicios prácticos y actividades de laboratorio. En este tránsito se presentó un cambio en la sistematización de los conceptos y la estructuración del orden lógico mental y operativo: en el taller se aprendía a partir de la experiencia cotidiana,

de un “hacer razonado”, por el contrario en la escuela técnica profesional y aun en la escuela de medicina actual, el camino hacia el aprendizaje es exactamente al contrario: los conceptos, nociones y esquemas lógicos, se estudian primero en los libros, en el aula y posteriormente se verificarán en la práctica (el hospital, a la cama del paciente). Uno de los cambios más trascendentales en el nuevo modelo pedagógico fue la desaparición por completo del “secreto del oficio” del maestro artesano –secreto tradicional en la pedagogía artesanal–, puesto que la nueva enseñanza de artes y oficios tiene como finalidad comunicar al mayor número de alumnos todas las nociones y reglas, sin reservas, ni ángulos ciegos, quedando principalmente en el alumno la responsabilidad de aprender. Además del cambio en la técnica pedagógica, el escenario y los actores eran otros: los *aprendices* pasaron a ser *alumnos* y el maestro *artesano* pasó a ser el *profesor*. El taller fue sustituido por la escuela humanista, y esta última adquirió el estatus que aún conserva en la cima de la jerarquía escolar.⁷

Como consecuencia de estos cambios, se ha desarrollado en los últimos tres siglos, una *nostalgia por la formación artesanal*, una añoranza por el tipo de educación que representaba el maestro artesano, esta nostalgia está presente en los escritos de grandes pedagogos desde Locke y Rousseau, pasando por Pestalozzi, Fröbel, Dewey, Kerschensteiner, etc.

John Locke (1632-1704), fue el primero que revaloró el trabajo artesanal aun antes de la revolución industrial; además, Locke consideró como necesario el trabajo artesanal en la formación de un gentil hombre (caballero), pensó que no bastaba con aprender latín o griego –actividad intelectual pura- sino que también era necesario aprender actividades prácticas. La propuesta de Locke fue retomada por J.J. Rousseau (1712-1778) setenta años después, su obra *Emilio* tuvo mayor resonancia pública, pero sin que se materializaran sus teorías. Pero, es precisamente en John Dewey (1859-1952) donde esta *nostalgia* se hace más evidente, ahora una humanización de la sociedad industrial norteamericana (que por otra parte, no pasó propiamente por una fase manufacturera) ahora una educación artesanal “progresiva” que permitiera recuperar un espíritu más libre. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas imperantes de una mayor industrialización terminaron por destruir el trabajo artesanal; Dewey nos explica: “antiguamente arte y ciencia eran términos virtualmente equivalentes... las artes se dividían en artes mecánicas y artes liberales... Los obreros se ocupaban exclusivamente de las artes mecánicas y, por lo tanto, se encontraban muy por abajo en la escala social. La escuela de la que aprendían sus técnicas era la de la práctica: es decir, consistía en un tirocinio para los que ya poseían una habilidad y conocían los secretos del oficio. Los aprendices, en esencia, *aprendían haciendo*”.⁸ Es evidente que la propuesta pedagógica de Dewey –el *learning by doing*– se inspiró en este trabajo artesanal, como intento de revalorarlo y po-

nerlo nuevamente vigente; aunque con la aclaración que toda actividad debería tener un específico fin pedagógico, modificando el “aprender haciendo” por un más preciso “*hacer aprendiendo*”.

Para concluir, diremos que la medicina mantiene hasta la fecha la dualidad de combinar las técnicas pedagógicas del “*aprender haciendo*”, típico de las artes mecánicas, y el “*aprender escuchando*” típico de las artes liberales. Actualmente donde se explicita esta combinación de estrategias didácticas es precisamente en la enseñanza de la clínica, en los tiempos actuales necesitan estrategias educativas diferentes a las tradicionales (“a la cama del paciente”) y exige mayor trabajo en la teoría pedagógica, para dejar de añorar al maestro-artesano y revalorar al docente-médico. El reto pedagógico consiste en saber combinar la información que obtienen nuestros sentidos con el método propedéutico tradicional –interrogatorio, inspección, palpación percusión y auscultación–, con la información mucho más abundante, fidedigna y verídica que aporta el desarrollo científico-tecnológico en las diferentes estrategias de estudio y diagnóstico. Saber utilizar las nuevas herramientas, por ejemplo, las novedosas técnicas en los estudios de imagen, la medicina molecular y genómica, la informática médica, la telemedicina, etc. Se requiere desarrollar, como lo propone el Dr. A. Lifshitz, una enseñanza sistematizada de la clínica, para no dejar todo a la experiencia, a la repetición y al ensayo-error, *bajarle* a ese componente “artístico” que se le ha agregado a la clínica por siglos. Pasar del maestro-médico experimentando con “ojo clínico” al tutor-médico-docente que desarrolla **junto** con sus alumnos estrategias de enseñanza-aprendizaje en el campo clínico. Aplicar las teorías novedosas acerca del aprendizaje; por ejemplo, las propuestas de G. Claxton: el aprender es inherente al desarrollo, tiene etapas y tiempos, es progresivo, es continuo y no se reemplaza. La facultad de aprender se desarrolla a través de la cultura y no sólo por la instrucción, es indispensable *aprender a aprender*, este autor sugiere que la facultad de aprender se puede ejemplificar por las tres “R”, resistencia, recursos y reflexión.⁹

Referencias

1. Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. 2^a. Edición, México: UNAM-IMSS, 2000.
2. Santoni A. Nostalgia del maestro artesano. 2^a. Edición, México: CESU-UNAM, 1996.
3. Ortiz QF. Hospitales. México: Mc Graw-Hill, 2000.
4. Pérez TR. De la magia primitiva a la medicina moderna. México: FCE, 1997.
5. Santoni A. Op. Cit. P. 80.
6. Pérez TR. Op. Cit. P. 69.
7. Santoni A. Op. Cit. P. 69.
8. Ibid. P. 63.
9. Claxton G. Aprender. El reto del aprendizaje continuo. Barcelona: Paidós, 2001.