



En el aula magna, donde la visión de la enseñanza del arte se tornó científica

Resumen

Las habilidades de observación que, en parte, definen al buen clínico, generalmente se obtienen después de años de experiencia atendiendo pacientes. Reconocer los detalles sutiles en la exploración es un aspecto básico e importante del diagnóstico; no obstante, su enseñanza rara vez se incluye en los planes de estudio de las escuelas de medicina.

Este artículo describe cómo en 1982, en la Escuela Médico Militar de la Ciudad de México, el maestro Sergio Sanoja Castillo, en ese tiempo Tte. Corl. M.C. al desempeñarse como profesor invitado, nos impartió a los alumnos de primer año de dicha institución, así como a varias generaciones de años previos, una serie de conferencias basadas en el adiestramiento visual sistemático (observación del detalle) recurriendo para tal fin a una serie de pinturas clásicas que nos permitieron condicionar y mejorar el sentido crítico del análisis. Fue así como se convirtió en pionero de dicha materia y se adelantó, por lo menos, 19 y 26 años, respectivamente, a los manuscritos clásicos de los doctores Braverman y Katz sobre dicho tema.

El análisis de la información obtenida del interrogatorio de un paciente, aunado a las habilidades de observación juiciosa, han sido, tradicionalmente, uno de los instrumentos más importante que el médico utiliza en la integración de un diagnóstico. Estas habilidades las han desarrollado y explotado los profesionales de la salud en su lucha constante contra las enfermedades, desde luego, con el apoyo de estudios básicos de laboratorio y gabinete; situación que, desafortunadamente, al incorporar al área médica los grandes avances tecnológicos, muchos de nuestros profesionistas del presente siglo han olvidado, en parte, el aprendizaje y la aplicación de la medicina como ciencia y arte basada en los conceptos anteriores.

PALABRAS CLAVE: educación médica, museos de arte, enseñanza de la cama, enseñanza de museos, estrategias de pensamiento visual, observación, habilidades de observación clínica, examen físico, diagnóstico físico, comunicación, relación médico-paciente, colaboraciones interdisciplinarias.

In the magna classroom, where the vision of the teaching of art became scientific

Abstract

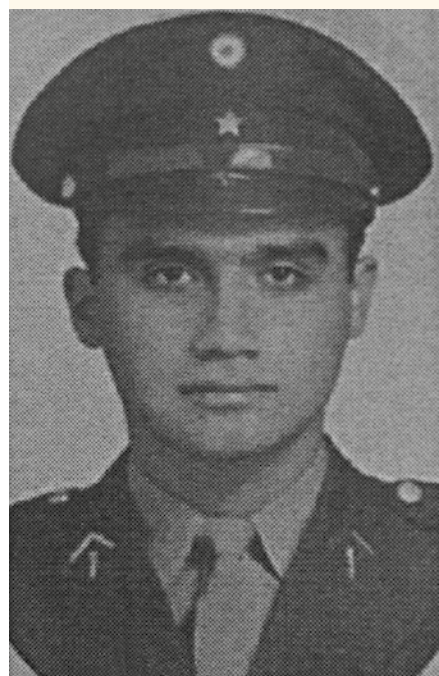
Observational skills that define the astute clinician are usually only acquired after years of clinical experience. Recognizing both the subtle

Motta-Ramírez GA, ¹ Marbán-Arcos E²

¹ Cor. M.C.

² Gral. Brig. M.C.

Este manuscrito está dedicado a mi Coronel Médico Cirujano Sergio Sanoja Castillo.



Coronel Médico Cirujano
Sergio Sanoja Castillo

Recibido: 3 de febrero 2017.

Aceptado: 2 de marzo 2017.

Correspondencia

Cor. M.C. Gaspar Alberto Motta Ramírez
radbody2013@yahoo.com.mx
Gral. Brig. M.C. Eusebio Marbán Arcos
marbanreuma@hotmail.com

and obvious visual details is a critical aspect of visual diagnosis or "seeing." Nonetheless, the formal teaching of observational skills is rarely included in the medical curriculum.

I describe how in 1982 at the Military Medical School, 19 years before the mansion of Dr. Braverman and 26 years before the mansion of Dr. Katz, that experiential process of seeing such visual details was integrated to condition and improve the cadets of 1st. year, medical students through systematic visual training using representational paintings.

Observational skills have always been the physician's most important weapon in the diagnosis, care, and treatment of the patient. In the early 20th century, the physician was equipped primarily with a keen sense of observation and a compassionate heart; effective medications, and diagnostic laboratory tests; reliable imaging techniques were still to come. During house calls, the physician used his observational skills to evaluate both the surroundings and family members with respect to their limitations and benefits in regard to the patient. The observational skills of vision, hearing, touch, smell, and taste were well developed in most doctors. These skills were honed to razor-sharpness in the "diagnostician," a term of honor applied to any physician, specialist, or nonspecialist, who was able to decipher complex clinical problems.

KEY WORDS: Medical education, art museums, bedside teaching, museum teaching, visual thinking strategies, observation, clinical observation skills, physical exam, physical diagnosis, communication, patient-doctor relationship, cross-disciplinary collaborations.

Luego del ingreso a la Escuela Médico Militar y a las fuerzas armadas del país, el 1 de septiembre de 1981 nos enviaron, junto con el resto de los alumnos de nuevo ingreso, de otras instituciones: al Heroico Colegio Militar a lo que se denomina Curso de Educación Militar Básico por un periodo de seis meses, durante el que logramos una gran transformación: física e intelectual, y aprendimos entre muchas otras cosas, las cualidades que se requieren para ser un buen soldado, las posiciones elementales de la marcha, el conocimiento de las armas, la forma de comportarnos, el respeto a los superiores, y el respeto a las instituciones.

Hicimos a un lado, por esas fechas, lo que era el estudio constante, demandante y limitamos nuestras capacidades a lo que se nos exigía en

esos momentos... sobre todo de capacidad física y de tolerancia a la frustración porque más de uno nos preguntábamos qué hacíamos ahí. Si bien se nos explicó lo que sucedería, no estábamos preparados. Mas aún, así lo superamos, nos aplicamos y respondimos como otros tantos que nos antecedieron y, como seguro estoy, como los que acudirán al mismo reto.

La sensación del regreso a la Escuela Médico Militar, a nuestra alma mater, fue todo un suceso. Primero porque ésta era nuestra escuela y porque, segundo, como decían los alumnos de años superiores, se habían acabado las vacaciones y ahora que éramos "pelones" nos enfrentaríamos a las materias básicas que implicaban toda una carga curricular extenuante y demandante.



En esos primeros meses en los que se iniciaban las clases regulares, por así denominarles, nos asignaron una serie de actividades matutinas para prepararnos al siguiente reto, uno de tantos que la Escuela Médico Militar nos tendría reservados.

En ese entonces nos reunían cada semana en el aula magna a los cadetes de primer año, estudiantes de la Escuela Médico Militar para recibir una cátedra, por lo demás extraordinaria, fuera de total y absoluto contexto, luego de la experiencia en el Heroico Colegio Militar impartida por el Teniente Coronel M.C., Dr. Sergio Sanoja Castillo (generación 1954-59), adscrito al Hospital Central Militar donde nos mostró, bajo su tutela, diferentes obras artísticas, mismas que discutíamos y comentábamos. Fue tal mi sorpresa el tópico de la clase y de cómo mi Teniente Coronel la llevaba, que bien recuerdo estar atento, despierto, sin pestañar, convencido que lo que ahí se me dijera sería muy útil en mi formación, que no importaba que, siguiendo el tren de actividades, prácticamente mis compañeros se durmieran en la clase...yo...me apliqué y recuerdo con calidez y emoción esas clases impartidas por esa personalidad pausada, paciente, amena, educada, culta del Teniente Coronel M.C., Dr. Sergio Sanoja Castillo.

No hubo calificaciones de la materia, pero sí, el énfasis de la importancia ejemplificada de que el médico, como profesionista, debiese ser una persona culta, observadora de todos y cada uno de los detalles que el paciente nos comunica con sus expresiones no verbales, a las que debemos estar atentos. La intención de la enseñanza del Teniente Coronel M.C., Dr. Sergio Sanoja Castillo era generarnos una destreza motivada por el arte de la acuciosidad clínica, digna de un buen médico.

Todo ello sucedió a principios de 1982. Figura 1



Figura 1. Grupos de tercer (de blanco) y segundo año en el aula de residentes ubicada en el primer piso de un edificio que servía de alojamiento para los residentes del Hospital Central Militar (1983). Si bien no es el aula magna, como toda aula ahí se forjó el aprendizaje y la enseñanza del médico militar. Cortesía del Cor. M.C. Gaspar Alberto Motta Ramírez.

Mi sorpresa fue mayúscula ya que al correr de los años dicha destreza resultó ser útil, más que útil, indispensable, ya que la vida y mi propia decisión –hasta donde lo razoné– me llevó a ser médico radiólogo y, justamente, la observación a los pequeños detalles del paciente, de los clínicos y de los estudios que reviso me han permitido apoyar tanto a los médicos tratantes como a los pacientes.

Encontré, en lecturas de libros primeramente,^{1,2} dónde se refería al manuscrito del Dr. Braverman³, publicado 2001, en la Universidad de Yale, en los años 1998-1999, en el que señalaba que las destrezas clínicas, como la observación, que definen a un clínico astuto, suelen adquirirse después de muchos años de experiencia clínica. Reconocer los detalles clínicos, sutiles y obvios, conforma un aspecto crítico del diagnóstico visual. La destreza clínica de la observación rara vez se incluye en el currículum médico. En el primer año de estudios, durante el primer mes de encuentros clínicos médico-paciente, se favo-

reció el hecho de que los estudiantes acudieran al Yale Center for British Art (YCBA, Centro de Arte Británico en Yale) para materializar el proyecto educativo de aprendizaje centrado en el paciente en búsqueda de mejorar la enseñanza de las destrezas de observación al condicionar que cada estudiante “estudiara” un grupo preseleccionado de pinturas durante 10 minutos antes de su descripción detallada al resto del grupo. Las descripciones se basaron únicamente en la observación. Por ejemplo, se estudió el retrato de la cara de una mujer deprimida. El estudiante no solo podía decir “está deprimida”: debía evaluar y describir la apariencia de los ojos, la boca y otros rasgos faciales que llevaban a esa conclusión. Estas discusiones eran dirigidas por una persona que planteó preguntas abiertas para favorecer la interacción de los estudiantes y generar la descripción sistemática de la pintura. Las preguntas directas se utilizaron para insistir en hallazgos visuales específicos de la pintura que no habían sido percibidos.³ Del mismo Dr. Braverman,⁴ otro manuscrito publicado en el 2011, señala cómo el adiestramiento visual puede mejorar las destrezas clínicas de la observación.

Y, después, en un manuscrito⁵ que narraba que el Dr. Joel Katz, 2003, reunía cada semana a sus estudiantes de la Escuela de Medicina de Harvard en el Museo de Bellas Artes, donde discutían diferentes obras artísticas. Katz representó uno de los crecientes cursos de arte que se ofrecen a los estudiantes de Medicina en todo el mundo y contribuye a mejorar su observación y capacidad de realizar diagnósticos en un momento en que los médicos confían cada vez más en la tecnología, en los estudios de imagen y laboratorio y, también, para hacer más empáticos a los futuros médicos con el sufrimiento ajeno.⁵

En la tradicionalista Universidad de Harvard, muchos profesores se mostraron escépticos ante la idea de utilizar el arte para formar mejores médicos cuando el Dr. Joel Katz propuso esta

clase, en especial porque los estudiantes de primer y segundo años ya contaban con sobrecarga de trabajo. Pero la creencia de Katz de que los médicos podrían mejorar sus habilidades de diagnóstico mediante la observación del arte se vio reforzada en 2008,, cuando él y sus colegas publicaron un estudio en el *Journal of General Internal Medicine*, en el que mostraron que después de terminar la clase, la capacidad de los estudiantes para hacer observaciones precisas aumentó 38%.⁶ Cuando se les mostraban obras de arte y fotos de los pacientes, los estudiantes eran más propensos a notar características como: asimetría pupilar, entre otras, comparados con las observaciones de un grupo control de estudiantes que no tomaron esa clase.⁵

Del mismo Dr. Katz,⁷ en un manuscrito publicado en 2013, también en la escuela de medicina de Harvard, se establece que, en su opinión, las interacciones estratégicas educativas visuales con el arte pueden mejorar la destreza clínica de la observación. Por esto es esencial que los estudiantes las apliquen y las usen en el contexto clínico bajo una supervisión médica. Esto, desde luego, requiere una comunicación interprofesional de diferentes disciplinas médicas, aprendiendo unas de otras. En otro escrito publicado en 2014 el Dr. Katz⁸ establece que los médicos clínicos deben recurrir a un enfoque humanístico para, de esa manera, mejorar la atención médica a los pacientes y formar médicos autoconscientes, reflexivos y colaboradores.

Este tipo de acciones educativas, con el fin de motivar y generar las destrezas clínicas adecuadas, con el único fin de mejorar la destreza clínica basada en la observación se han descrito en un sinnúmero de manuscritos para médicos⁹⁻²³ y enfermeras.²⁴

Así, después de aquellas cátedras con el Dr. Sergio Sanoja Castillo en el aula magna en 1982 y al comparar con la introspección que yo me he



hecho al preguntarme cómo o porqué es que la Escuela Médico Militar condicionó y sigue condicionando tal calidad de egresados de sus aulas y del Hospital Central Militar, estoy convencido que, por mencionar el porqué he escrito este artículo, resulta del afán de educar a través de un compromiso con su profesión y su país, de un sentido desinteresado por enseñar, por educar y por transmitir el arte y ciencia que conlleva la práctica de la medicina hasta la fecha, de una selección cuidadosa, objetiva, honesta de aquellos que acuden a pedir su ingreso a esta escuela que permite un “caldo de cultivo” para estudiantes y la formación de médicos con un sentido de vocación médico-militar.

Seguro estoy que ha de haber un sinnúmero de anécdotas, situaciones, experiencias que muestran cómo nuestra alma mater y sus docentes, médicos militares quienes condicionaron ese impacto favorable sobre todos y cada uno de nosotros, tanto en nuestra época de cadetes, de practicantes, de pasantes de medicina, como médicos graduados y a lo largo de toda esta experiencia de vida. Esta es solo uno de ellas.

A título personal esa destreza de la observación de los detalles me ha permitido crecer en mi especialidad médica, no sin recordar con absoluto respeto y aprecio incondicional a quien impactó mi vida personal y profesional, sin nunca antes haberlo mencionado, en aquella sencilla pero contundente clase olvidada por muchos pero cierto estoy que colocada magistralmente en el ADN de todos los que tuvimos la oportunidad de conocerle y aprender del Coronel Médico Cirujano Sergio Sanoja Castillo.

Agradecimiento

A mi Gral. Brig. M.C. Eusebio Marbán Arcos por su apoyo en su revisión del manuscrito y por la fotografía del Coronel Médico Cirujano Sergio Sanoja Castillo.

REFERENCIAS

1. Sanders L. Every patient tells a story. Medical mysteries and the art of diagnosis. Broadway Books. New York, New York, USA. 2009. p. 304 ISBN: 978-0-7679-2246-3 (hardcover).
2. Foster DW. Every patient tells a story. Book review. J Clin Invest 2010;120:4.
3. Dolev JC, Friedlaender LK, Braverman IM. Use of fine art to enhance visual diagnostic skills. JAMA. 2001;286(9):1020-1021.
4. Braverman IM. To see or not to see: How visual training can improve observational skills. Clin Dermatol 2011;29:343-346.
5. Díaz-Girón-Gidi A. El arte y la medicina. ¿Puede el arte hacernos mejores médicos? Rev Hematol Mex. 2016;17(3):157-160.
6. Naghshineh S, Hafler JP, Miller AR, Blanco MA, Lipsitz SR, Dubroff RP, et al. Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills. J Gen Intern Med 2008;23(7):991-997.
7. Miller A, Grohe M, Khoshbin S, Katz JT. From the Galleries to the Clinic: Applying Art Museum Lessons to Patient Care. J Med Humanit. 2013;34:433-438.
8. Katz JT, Khoshbin S. Can visual arts training improve physician performance? Trans Am Clin Climatol Assoc. 2014;125:331-41; discussion 341-2.
9. Bardes CL, Gillers D, Herman AE. Learning to look: developing clinical observational skills at an art museum. Med Educ 2001;35:1157-1161.
10. Haq C, Steele DJ, Marchand L, Seibert C, Brody D. Integrating the art and science of medical practice: Innovations in teaching medical communication skills. Fam Med 2004;36(January suppl):S43-S50.
11. Elder NC, Tobias B, Lucero-Criswell A, Goldenhar L. The art of observation: Impact of a family medicine and art museum partnership on student education. Fam Med 2006;38:393-398.
12. Shapiro J, Rucker L, Beck J. Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills. Med Educ 2006; 40: 263-268.
13. Schaff PB, Isken S, and Tager RM. From contemporary art to core clinical skills: Observation, interpretation, and meaning-making in a complex environment. Acad Med. 2011;86:1272-1276.
14. Klugman CM, Peel J, Beckmann-Mendez DB Art Rounds: Teaching interprofessional students visual thinking strategies at one school. Acad Med. 2011;86:1266-1271.
15. De la Croix A, Rose C, Wildig E, Willson S. Arts-based learning in medical education: the students' perspective. Med Educ 2011; 45: 1090-1100.
16. Moore CM, Lowe C, Lawrence J, Borchers P. Developing observational skills and knowledge of anatomical relationships in an art and anatomy workshop using plastinated specimens. Anat Sci Educ 2011;4:294-301.

17. Kumagai AK. Acts of Interpretation: A philosophical approach to using creative arts in medical education. *Acad Med.* 2012;87:1138–1144.
18. Friedlaender GE, Friedlaender LK. Art in Science: Enhancing Observational Skills. *Clin Orthop Relat Res* 2013;471:2065–2067.
19. Jasani SK, Saks NS. Utilizing visual art to enhance the clinical observation skills of medical students. *Med Teach* 2013;35:7, e1327-e1331.
20. Bell LTO, Evans DJR. Art, Anatomy, and Medicine: Is there a place for art in medical education? *Anat Sci Educ* 2014;7:370–378.
21. Lake J, Jackson L, Hardman C. A fresh perspective on medical education: the lens of the arts. *Med Educ* 2015; 49: 759–772.
22. Wellbery C and McAteer RA. The Art of Observation: A Pedagogical Framework. *Acad Med.* 2015;90:1624–1630.
23. Bramstedt KA. The use of visual arts as a window to diagnosing medical pathologies. *AMA J Ethics.* 2016;18(8):843–854.
24. Pellico LH, Friedlaender L, Fennie KP. Looking is not seeing: using art to improve observational skills. *J Nurs Educ.* 2009;48(11):648-653.

