

Universidad Del Sureste

San Cristóbal De Las Casas Chiapas

Materia: Seminario De Tesis

Docente: Dr. Manuel Eduardo López Gómez

Alumno: Marcos Francisco González Moreno

Semestre Y Grupo: 8ºA

Tema:

“Evaluación de habilidades clínicas en alumnos de la Universidad Del Sureste, San Cristóbal de las Casas, Chiapas”

17/03/2023

Evaluación de habilidades clínicas en alumnos en la Universidad Del Sureste, San Cristóbal de las Casas Chiapas

El razonamiento clínico se refiere a un proceso cognitivo que permite al profesional de la salud establecer diagnósticos, tomar decisiones y definir planes de tratamiento. (López Jordi, 2020).

Por lo tanto, para la formación académica en los estudiantes deben contar con el desarrollo de diversas habilidades como realizar una historia clínica, exploración física, comunicación, profesionalismo, razonamiento clínico, discusión guiada de casos clínicos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, por ello es muy importante tener el conocimiento previo de las habilidades clínicas antes de adentrarse al entorno clínico. Su importancia como práctica pedagógica orientada a la organización coherente y funcional de lo que se pretende lograr en el proceso, radica en la necesidad de tomar decisiones previas sobre qué se aprenderá, para qué se hará y cómo se puede lograr de la mejor manera. (Rodríguez, H. La relación médico paciente. Rev. Cubana Salud Publica, 2006).

El conocimiento de estas deficiencias en la confección de historias clínicas (HC), sea por alumnos o médicos, no sólo es parte de la evaluación curricular, también está muy vinculado a la calidad en el uso del método clínico, que es el que todos los médicos asistenciales utilizamos diariamente en el proceso del diagnóstico individual de un enfermo y que pasa por varias etapas sucesivas: formulación del problema por el paciente, búsqueda de la información por el médico, a través del interrogatorio y el examen físico, planteamiento de las hipótesis diagnósticas, contrastación de las mismas por medio de los exámenes complementarios y

comprobación final del diagnóstico. Y en ese proceso del diagnóstico, el interrogatorio constituye la herramienta más importante. (Dr. Miguel A. Moreno Rodríguez, jun 2020).

Justificación:

En la siguiente investigación, pretende evaluar las habilidades clínicas que obtienen los alumnos de medicina humana en la UDS campus San Cristóbal de las casas Chiapas, con el motivo de apreciar la necesidad de las áreas clínicas y la exigencia de un programa de enseñanza, a través de un aprendizaje experiencial.

Pregunta de investigación:

¿Las habilidades clínicas con la que cuentan los alumnos de la carrera de medicina son acordes al semestre que cursan?

Objetivos:

Objetivo general: Identificar las habilidades clínicas acorde a su nivel de estudios o acordes a su semestre de estudio.

Objetivo específico: Evaluar las habilidades clínicas de los alumnos por semestre en la carrera de medicina humana en la Universidad Del Sureste.

Hipótesis

Hipótesis general: El proceso formativo, teórico y práctico para el aprendizaje de habilidades clínicas para la realización de diagnósticos en los estudiantes de medicina humana de la Universidad Del Sureste, campus san Cristóbal de las casas Chiapas, se realiza de manera efectiva y de acuerdo con los lineamientos académicos de la institución.

Hipótesis específica:

H1: Las habilidades clínicas obtenidas están acorde con su nivel de estudios académicos.

H2: Los estudiantes de medicina conocen las estructuras morfológicas, conceptos básicos y las características de aparatos y sistemas.

H3: Los estudiantes del segundo semestre conocen los conceptos del proceso salud enfermedad, los métodos de prevención y promoción de la salud

H4: Los estudiantes del cuarto semestre tienen los conocimientos básicos de propedéutica y semiología

H5: Los estudiantes del sexto semestre cuentan con los conocimientos para la correcta aplicación de semiología, exploración física y la formulación de historias clínicas.

H6: Los estudiantes de octavo semestre tienen el conocimiento de semiología, exploración física, diagnóstico, tratamiento y la identificación para la correcta toma de decisiones.

Cronograma:

Cronograma de actividades: Evaluación de actividades clínicas en alumnos de la universidad del sureste. San Cristóbal de las Casas Chiapas

Fases	Actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Planeación UNIDAD 1 20/02/2023-24/03/2023	Idea y planteamiento del problema	LUNES 27/02/2023				
	Revisión de la literatura y marco teórico		VIERNES 03/03/2023			
	Alcance del estudio Justificación		MARTES 07/03/2023			
	Elaboración de hipótesis		MARTES Y VIERNES 10-14/03/2023			
	Entrega de cronograma y evaluación de actividades		VIERNES 17/03/2023			
Ejecución UNIDAD 2 28/03/2023--05/05/2023	Definición de variables		MARTES Y VIERNES 28-31/03/2023			
	Desarrollo y diseño de investigación			MARTES Y VIERNES 04-07/04/2023		
	Interpretación de las evidencias empíricas en base al marco teórico			MARTES Y VIERNES 11-14/04/2023		
	Construcción de datos (definición y selección de la muestra)			MARTES Y VIERNES 18- 24/04/2023		
	Evaluación de actividades				MARTES Y VIERNES 02- 05/05/2023	
Comunicación de los resultados UNIDAD 3 08/05/2023 -- 09/06/2023	Obtención de datos: Instrumentos de recolección de la muestra.				MARTES Y VIERNES 09- 12/05/2023	
	Análisis de datos				MARTES Y VIERNES 16- 19/05/2023	
	Redacción del Reporte Conclusión				MARTES Y VIERNES 23- 26/05/2023	
	Entrega del Reporte de Investigación				MARTES 30/05/2023	
	Elaboración de Página o Recurso de exposición					VIERNES 02/05/2023
	Presentación de Página Web en línea y/o presencial					MARTES 06/06/2023
	Evaluación de actividades					

Capítulo 1 Habilidades clínicas y sus antecedentes

René Théophile Hyacinthe Laënnec es considerado el padre de la Neumología moderna. Pero su invención del estetoscopio es, sin dudas, uno de sus grandes aportes al desarrollo de la Medicina; la auscultación, técnica vital del examen físico, mejoró con su descubrimiento (Pérez Bada 2017).

Existen varias versiones sobre este hecho histórico, pero la más acertada relata que al examinar a una mujer joven, para respetar su pudor y no pegar su oreja al pecho desnudo de la paciente, enrolló su cuaderno y colocó un extremo directo al tórax de la paciente y el otro a su oído. Rene confirmó que podía escuchar los sonidos cardíacos, incluso mucho mejor y de una manera más clara, que cuando pegaba el oído. Este mismo es responsable de la creación de un instrumento de madera, de unos 30cm de largo y 4cm de diámetro, con un canal central de 5mm y los extremos en forma de cono: había nacido el estetoscopio, uno de los inventos que revolucionó la Medicina.

En 1819 Laënnec publicó su Tratado sobre la auscultación mediata, que es un texto clásico de la Medicina. En él describió los sonidos del tórax y sentó las bases para la Neumología moderna. Detalló los sonidos que oyó con el estetoscopio y creó nuevos términos como crepitación y estertor y se refirió a enfermedades no descritas antes. Denominó y diferenció muchos sonidos, que se utilizan en la actualidad, especialmente en pacientes con tuberculosis (Pérez Bada 2017).

Otro de los grandes hombres de ciencia que hizo historia en el campo del desarrollo de habilidades clínicas fue Joseph Leopold Auenbrugger, conocido como el descubridor de la percusión. Publicó su obra sobre la percusión del tórax humano en 1761, significó un gran avance en el diagnóstico clínico. Creó la técnica de la percusión y describió la matidez cardíaca, la percusión característica del derrame pericárdico y la cardiomegalia, entre otras (Pérez Bada 2017).

En la técnica de la observación se destacó Thomas Sydenham. Fue conocido como el Hipócrates inglés. Sydenham, atribuía su experiencia a las observaciones hechas en la práctica, observaba cuidadosamente a los enfermos desde la aparición de sus síntomas hasta su desaparición y era capaz de diferenciar qué síntomas eran atribuibles a la enfermedad y cuáles a las particularidades de cada individuo basado en la observación directa. Sydenham insistió en la necesidad de realizar una cuidadosa observación de los enfermos y de utilizar y valorar una detallada historia de sus dolencias (Pérez Bada 2017). Describió el cuadro clínico de la gota, enfermedad que padecía, y de diversas enfermedades epidémicas como la viruela, la disentería, el sarampión, la sífilis y la corea, que se observa en la fiebre reumática, enfermedad que lleva su nombre.

Armand Trousseau; Sus contribuciones más significativas se deben al razonamiento clínico fundado en la analogía, la inducción, la deducción, el diagnóstico diferencial y su sustento anatomopatológico. Describió los primeros casos de tuberculosis laríngea y el espasmo carpo pedal en la hipocalcemia, conocido como signo de Trousseau, junto a otros signos clásicos de esta enfermedad nosológica. Además, informó la asociación de tromboflebitis y neoplasia, acreditada como síndrome de Trousseau. (Pérez Bada 2017)

Varias enfermedades o síndromes llevan su nombre, como la tuberculosis ganglionar; el dermografismo en la piel de un paciente con meningitis se conoce como mancha o raya roja meningítica de Trousseau. Jonathan Hutchinson y Armand Trousseau confirmaron la insuficiencia suprarrenal primaria y este último la denominó enfermedad de Addison. Además, popularizó los epónimos de linfoma de Hodgkin y enfermedad de Graves. La neuralgia del trigémino se conoce como neuralgia epileptiforme de Trousseau. Se conocen como “puntos de Trousseau” a los puntos dolorosos por la compresión de las vértebras dorsales y lumbares en ciertos casos de neuralgias (Pérez Bada 2017).

La hemocromatosis fue descubierta por Armand Trousseau en 1865, que describió un síndrome clínico representado por la diabetes, la hiperpigmentación cutánea y la cirrosis hepática.

No se puede hablar de habilidades clínicas y su enseñanza sin hablar del gran Sir William Osler. Considerado el padre de la Medicina moderna, preconizó la enseñanza de la Medicina al lado de la cama del enfermo, desde donde enseñaba a sus estudiantes la ejecución de habilidades (Pérez Bada 2017).

Declaró ante la Academia de Medicina de Nueva York que “el método de enseñanza más natural es que el estudiante comience con el enfermo, continúe con el enfermo y termine sus estudios con el enfermo, utilizando conferencias como herramientas y como medios que conducen a su fin. Enséñeles el modo de observar, suminístreles suficientes hechos que observar y así las lecciones saldrán de los hechos mismos” (Pérez Bada 2017).

De esta forma resumía la importancia de la observación y el examen físico como pilares indispensables del diagnóstico clínico. Fue consecuente con este hecho hasta su muerte al declarar: “No deseo más epitafio que la mera inscripción en mi tumba que enseñé a mis alumnos medicina en las salas del hospital”.

(Pérez Bada 2017) en su investigación desarrollada en el Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba; expone los aportes de grandes hombres de ciencia que se convirtieron en referencia por sus descubrimientos en el campo de las Ciencias Médicas.

(Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015) en su investigación sobre la adquisición de habilidades clínicas en egresados de la primera corte de medicina integral comunitaria desarrollada en la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. Menciona el análisis de la formación de habilidades clínicas de los egresados del Programa de Medicina Integral Comunitaria en su primera cohorte, desde la percepción de los graduados; En la cual se realizó una investigación descriptiva transversal, en el periodo de junio a agosto del 2012. La población de estudio estuvo constituida por 4 335 médicos de la primera graduación en 12 Estados del país, de los cuales se seleccionó una muestra de 440 graduados. En esta se utilizaron como método teórico analítico-sintético e inductivo-deductivo. Dando como resultados que en la mayoría de los egresados autoevalúan las habilidades clínicas adquiridas, satisfactoriamente, sobre todo respecto a la comunicación médico-paciente, el interrogatorio, examen físico y la transcripción al expediente clínico. En su conclusión menciona que los primeros egresados del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria de Venezuela tienen opiniones mayoritariamente favorables sobre la formación y desarrollo de sus habilidades clínicas durante la carrera, comparables o superiores a los resultados de otros centros universitarios, y coherentes con su condición de recién graduados.

El método clínico, "...método para la asistencia médica a individuos (...) tiene doble condición como contenido y método de enseñanza en las disciplinas del ciclo clínico de la carrera de Medicina, y es la vía fundamental para la formación de todas aquellas habilidades profesionales que, en forma de sistema, se integran en su ejecución" (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

Particularmente, las habilidades clínicas constituyen un complejo sistema que se entrena siguiendo el ordenamiento lógico del método clínico, cuyas fases, a veces reiterativas, según la complejidad del problema, son: entrevista médica, examen físico, transcripción de datos al expediente clínico, y razonamiento diagnóstico, a lo que se agrega: decidir terapéutica y emitir pronóstico (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

Una de las formas utilizadas para analizar la formación y desarrollo de habilidades es la autovaloración por los egresados de un programa de formación, ya que se espera que sean capaces de hacer reflexiones sobre sus competencias y con más facilidad sobre sus destrezas, aunque las autoras admiten que es una perspectiva unilateral.

La primera fase del método clínico es la entrevista médica o interrogatorio, conformado por un sistema de habilidades de comunicación interpersonal y por sistemas de conocimientos propios de la profesión que le permiten al médico obtener la información necesaria para aproximarse al diagnóstico presuntivo (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

El examen físico requiere de la formación y entrenamiento de un sistema de habilidades motoras y censo perceptuales, propias de la profesión y del aprendizaje de los sistemas de conocimientos que las fundamentan para ejecutarlas e interpretar sus resultados racionalmente (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

La transcripción al expediente clínico es una de las habilidades más importantes a entrenar durante la carrera, tanto en sus aspectos formales como en la veracidad de los contenidos y en la capacidad para describir e interpretar los síntomas referidos y los signos hallados en el examen físico (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

En investigaciones realizadas con estudiantes de tercer año, internos o médicos residentes, se precisó que los errores más frecuentes en que incurren pueden ser de técnica: por omisión, detección, interpretación y registro (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

Probablemente es el razonamiento clínico el proceso que mejor muestra la independencia cognoscitiva del recién graduado, ya que se trata esencialmente de operar con habilidades lógicas a partir de la información recogida en el interrogatorio y examen físico el cual le permite reconocer algunos rasgos, pero nunca todos, de la categoría general -la enfermedad-, pero que debe concretarse al fenómeno singular: el enfermo.

El tratamiento médico, incluido en el método clínico; es seguramente el aspecto que menos se entrena en la carrera. Habitualmente se adquieren elementos básicos terapéuticos y generalmente es en el internado cuando se logra elevar el aprendizaje a nivel de "hacer," ante la presencia de las enfermedades más prevalentes en la población. Ciertamente, en el examen práctico certificativo de fin de estudios de esta primera cohorte de egresados se observaron las características descritas, excepto que hubo mejores resultados en "decidir terapéutica", al enfrentarse a problemas de salud de alta prevalencia para los cuales estaban bien entrenados (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

La necesidad de ayuda, declarada por los egresados, para el desarrollo de diferentes habilidades clínicas delimita zonas de desarrollo próximo a atender en el postgrado. La búsqueda de ayuda es un proceso normal en un recién graduado, incluso deseable en determinadas situaciones, por lo que se consideran satisfactorios estos resultados.

En los momentos que se aplicó la encuesta, se encontraban en el internado de postgrado - entrenamiento a recién graduados- en diferentes servicios de los hospitales, por lo que estas opiniones son significativamente favorables si se tienen en cuenta las exigencias profesionales a que estaban sometidos.

Al comparar con los resultados de autoevaluaciones de habilidades en otras universidades se encontraron elementos interesantes:

En la universidad de Córdoba, indagaron sobre la anamnesis y una serie de técnicas exploratorias a realizar durante el examen físico. El 83 % de los encuestados afirmó ser capaces de realizarlas correctamente. Tuvieron opiniones desfavorables sobre diversas habilidades de la exploración física: mejores resultados sobre el sistema respiratorio, con 52 %. Aprecian dificultades en la mayoría de los procedimientos diagnósticos clínico-quirúrgicos y muy buenos resultados en otros de uso común como medición de la tensión arterial y pulso (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

Los autores (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015) se preguntaban si las habilidades expuestas son las deseables para el recién graduado. Además, explicaban que los estudiantes no se sienten motivados por la incorrecta valoración de los créditos prácticos, la no inclusión de habilidades clínicas en exámenes para optar por especializaciones y, por otra parte, consideraban que deben mejorar las competencias de profesores vinculados para acceder a plazas docentes.

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, en una investigación sobre la entrevista médica, los recién graduados refieren deficiencias entre un 20 % a un 49 % en diferentes habilidades de comunicación y normas de la entrevista. Los participantes identifican dificultades en el dominio del método clínico, la obtención de información psicosocial y la no evaluación de la comprensión del paciente, el manejo de las emociones, la comunicación no verbal, entre otras.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se encuestaron 50 egresados, quienes opinaron ser muy competentes en la anamnesis y el examen físico y ser capaces de interpretar exámenes de laboratorio, excepto algunos de uso infrecuente, e identifican menores competencias en cuanto al diagnóstico imagenológico. Se refiere que el 60 % o menos están capacitados para la mayoría de los procedimientos clínicos-quirúrgicos básicos.

Los autores, en este caso, consideran que la enseñanza “alrededor del paciente” es el origen de los logros y que las deficiencias reflejan acceso limitado a procedimientos especiales, disponibilidad de recursos, al marco médico - legal y las normas de los servicios de salud y centros formadores (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

En Argentina se realiza la autovaloración de habilidades por egresado en dos escuelas de Medicina: una pública y otra privada, y hallan que el 100 % de los egresados refiere que es capaz de realizar una anamnesis completa incluyendo los aspectos psicosociales; un examen físico total y algunos procedimientos tales como pesar y medir, hacer un examen de mama y/o suturar heridas simples. Los

porcentajes más bajos de respuestas afirmativas se concentran en las conductas vinculadas a decisiones terapéuticas, a intervenciones en salud comunitaria y a habilidades para el autoaprendizaje.

En una investigación realizada en Cuba, los internos autoevaluaron satisfactoriamente las habilidades relacionadas con la fase de recogida de la información: interrogar, examinar y transcribir al expediente clínico y refirieron insatisfacciones con la fase de plantear hipótesis diagnósticas y argumentarla, así como para decidir terapéuticas. Resultados estos que coinciden con los de la presente investigación.

En la Universidad de Salamanca, España, en una investigación realizada con internos, para auto valorarse, refieren que están conformes con los conocimientos teóricos, pero insatisfechos en cuanto a las habilidades clínicas y técnicas.

La comparación con investigaciones de diferentes universidades permite afirmar que los resultados tienen más similitudes que divergencias, en el sentido de que existen diferencias en el desarrollo de una u otras habilidades, con independencia de que se trate de planes de estudios y contextos diversos y de que existan variados enfoques y contenidos de los cuestionarios, algunos más exhaustivos que otros (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

Se puede asumir que la mayoría de estos resultados y los de la presente investigación tienen como punto común fundamental las opiniones más favorables con respecto a las habilidades para desarrollar la entrevista médica que para otras referentes al proceso de diagnóstico, decisiones terapéuticas, etc. y los procedimientos implicados en esas fases del método clínico. Por tanto, se infiere, que quizás, el factor entrenamiento puede ser uno de los determinantes que marca la diferencia. Es necesario declarar que se trata de un plan de estudio rigurosamente diseñado, que responde a determinadas características o desafíos a saber: compromiso y pertinencia social con el país, modelo socio médico de la práctica profesional, masividad-calidad en el proceso formativo, descentralización de los procesos académicos administrativos y uso racional de las tecnologías de la información y la comunicación (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

Es preciso destacar que la formación y desarrollo de habilidades clínicas es un tema actual, sometido a análisis en diversas universidades del mundo. No por casualidad, se declaran éxitos y dificultades en centros de formación muy diferentes. Se percibe que en los investigadores prevalece el interés de perfeccionar la formación y desarrollo de habilidades clínicas, por lo que pudiera producirse la aparición de nuevos paradigmas pedagógicos reajustados a la contemporaneidad. (Margarita Rosa Romeu Escobar, 2015).

(Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014) En su investigación sobre la importancia de la inteligencia emocional en medicina realizada en la Facultad de Medicina, Estudios de Posgrado en la Subdivisión de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, México. Según Clara; la inteligencia emocional es un tema que no se ha abordado lo suficiente en medicina, la ciencia nos muestra que no es un tema de moda sino todo lo contrario es un conjunto de habilidades relacionadas entre sí que implican la capacidad de controlarse uno mismo, y que tienen que ver con la capacidad de percibir con precisión, así como valorar y expresar emociones de uno mismo y generar sentimientos que faciliten el pensamiento y la comprensión de las emociones de los demás.

En Medicina la inteligencia emocional es un concepto clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica. Acorde a esto, se dice que la inteligencia emocional en la Medicina ayuda en: a) la relación médico-paciente, y aspectos relacionados con la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente, b) el rendimiento, el nivel de implicación y la satisfacción profesional de los médicos, y finalmente en el 3) entrenamiento y desarrollo de las habilidades de comunicación clínica (Clara Ivette Hernández-Vargas, 2014).

La inteligencia emocional en el concepto de inteligencia social, por Thorndike, quien define la inteligencia como “la capacidad de entender, gestionar y actuar con prudencia en las relaciones humanas”. Por su parte, Salovey y Mayer (1990) la definen como “un subconjunto de la inteligencia social, que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y las emociones propias, así como la de los demás, discriminando entre ellos y utilizando esta información para guiar el pensamiento y las acciones”.

Se considera una persona inteligente emocionalmente cuando es capaz de: 1) evaluar las emociones en él mismo, lo que significa tener la capacidad para entender sus emociones profundas y ser capaz de expresarlas naturalmente; 2) evaluar y reconocer las emociones en otros, percibiendo y entendiendo las emociones de las personas que los rodean; 3) regulando la emoción en sí mismo, una persona con alta capacidad de esta área tendría un mejor control de sus emociones y sería menos probable que pierda su temperamento; 4) usar la emoción para facilitar el rendimiento (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

La inteligencia emocional está compuesta por una serie de habilidades emocionales, que se pueden definir como “las capacidades y disposiciones para crear voluntariamente un estado de ánimo o sentimiento a partir de las ideas que

tenemos sobre lo que ocurre”. De ahí que es necesario aprender a atribuir significados emocionalmente deseables a los acontecimientos que tienen lugar en las relaciones que establecemos con los demás. De este modo, conociendo qué pensamientos y comportamientos provocan nuestros estados de ánimo, podemos manejarlos mejor para solucionar los problemas que ellos generan. De ahí que la inteligencia emocional sea la capacidad de solucionar problemas adaptándose a las circunstancias. Esto se relaciona con la capacidad de una persona para hacer uso de sus emociones, dirigiéndolas hacia actividades constructivas y el desempeño personal (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Modelos de inteligencia emocional

Algunos modelos Mayer y Caruso (1999) los llaman modelos mixtos, que incluyen muchas situaciones que van más allá de la inteligencia como puede ser la “empatía, motivación, persistencia, calidez y habilidades sociales”.

Cabe señalar que existen tres concepciones: 1) una que menciona que la IE es un conjunto de habilidades y capacidad 2) una característica de personalidad. 3) Modelos que asumen a la IE como un conjunto de habilidades emocionales y personales.

Modelo de Salovey y Mayer (1997)

El modelo más representativo de primera concepción teórica es el de Salovey y Mayer (1997) que entienden la inteligencia emocional como habilidad para percibir, comprender, regular y utilizar las emociones de manera adaptativa para la propia persona y en su relación con los demás. Posteriormente en un segundo tiempo incluyeron la habilidad básica de percibir, valorar con exactitud la emoción: la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promuevan el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997; Salanova, 2009).

Las habilidades fundamentales de la inteligencia emocional se representan en cuatro ramas desde las más básicas a las más elevadas. La primera de ellas concierne a la habilidad básica de “percibir, valorar y expresar emociones”, consiste en identificar los estados emocionales propios y de los demás. Contiene todos los elementos necesarios para la identificación de emociones en uno mismo, reconociendo sus manifestaciones y expresiones. Sus principales elementos son: a) percepción, valoración y expresión de la emoción, b) identificación de emociones en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno, C) identificación de emociones en otros, en bocetos, a través de lenguaje, sonido, apariencia y conducta, d) habilidad para expresar emociones adecuadamente y expresar las necesidades relacionadas con estos

sentimientos, e) habilidad para discriminar entre expresiones precisas o imprecisas u honestas frente a honestas, de las emociones; y finalmente la atención y discriminación de los mensajes emocionales (expresión verbal, tono de voz, etc.).

En un segundo nivel de complejidad, se sitúa en “facilitación emocional del pensamiento” y hace referencia a la acción de la emoción sobre la inteligencia. Las emociones se incorporan a los procesos cognitivos ya que pueden redirigir la atención a informaciones relevantes, facilitar la toma de decisiones y el análisis de diferentes puntos de vista. También puede ser la base de propuestas creativas e innovadoras. De esta manera, las emociones positivas hacen que las personas afronten los problemas desde múltiples perspectivas, analizándolos con optimismo y perseverancia. Las emociones priorizan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante, de manera que las emociones facilitan el juicio y la toma de decisiones.

El tercer nivel se refiere a “comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional”, lo que supone el conocimiento exacto de las diferentes emociones, en este nivel es fundamental el lenguaje, ya que se asocia la emoción con la palabra que la identifica, la persona inteligente emocionalmente sabe reconocer las emociones y nombrarlas. En esta área se tiene la habilidad para identificar las emociones y las relaciones entre ellas, se interpretan los significados de las emociones, se comprenden los estados emocionales complejos basados en la interacción y relación de emociones. Asimismo, se tiene la habilidad para reconocer el proceso de transición entre emociones diferentes.

Por último, el cuarto paso en nivel de complejidad es “regulación reflexiva de las emociones”, que supone el manejo consiente de las emociones propias y de las demás. Esto implica que se han desarrollado estrategias para controlar los comportamientos relacionados con las diferentes emociones y adquirir la habilidad de seleccionar aquella que sea adecuada a cada momento. Al mismo tiempo son capaces de aprovechar al máximo las ventajas de las emociones positivas. Existe apertura a sentimientos placenteros como displacenteros, se tiene la habilidad para atraer o distanciarse de una emoción, monitorizar reflexivamente las emociones en relación con uno mismo y a otros, y finalmente la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros, mitigando las emociones negativas e identificando las placenteras (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Modelo Bar-On (1997), por su parte, describe la inteligencia emocional como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social, que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio. Dicha habilidad se basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva.

Bar-On utiliza el término “inteligencia emocional y social” para denominar un tipo específico de inteligencia que difiere de la inteligencia cognitiva. El autor opina que los componentes factoriales de la inteligencia no cognitiva se asemejan a los factores de la personalidad, pero a diferencia de ellos, la inteligencia emocional y social puede modificarse a través de la vida, y define a la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades personales, emocionales, sociales y de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio. Como tal, nuestra inteligencia no cognitiva es un factor importante en la determinación de tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional Bar-On (1997).

Este modelo combina habilidades mentales (por ejemplo, autoconocimiento emocional) con otras características diferentes como la independencia personal, el optimismo o la felicidad. De ahí que este modelo se considere mixto. Contiene 10 factores principales y cinco facilitadores de dichos factores:

Factores

1. Auto consideración: percepción exacta de uno mismo.
2. Autoconocimiento emocional: consciencia y entendimiento de las propias emociones.
3. Asertividad: habilidad para expresar libremente nuestras emociones sin herir los sentimientos de los demás.
4. Empatía: ser consciente y comprender las emociones de los demás.
5. Relaciones interpersonales: habilidad para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes.
6. Tolerancia al estrés: habilidad para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes.
7. Control de impulsos: autodominio en el control de conductas impulsivas.
8. Evaluación fiable: habilidad para validar los propios pensamientos y sentimientos.
9. Flexibilidad: capacidad de adaptación a condiciones distintas.
10. Resolución de problemas de naturaleza personal y social, de forma eficaz y positiva.

Facilitadores

1. Autoactualización: ser consciente de las propias capacidades y utilizarlas.
2. Independencia: autonomía emocional, autodirección y autocontrol.
3. Responsabilidad social: para comportarse en las relaciones grupales y sociales con los demás y con el entorno.
4. Optimismo: para mantener actitudes positivas, incluso en la adversidad.
5. Felicidad: sentimientos de bienestar subjetivo con la propia vida.

Modelo de Goleman. Este modelo parte de que la inteligencia emocional es una habilidad para reconocer y regular las emociones en uno mismo y en los demás (Goleman, 2001), de manera que la inteligencia emocional se refiere a una serie de habilidades relacionadas con el éxito en la vida, entre éstas se encuentra el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a sí mismo. Este modelo contiene cinco componentes básicos:

1. Autoconocimiento emocional: conocimiento de nuestras propias emociones y de cómo nos afectan. Es muy importante conocer el modo en el que el estado de ánimo influye en nuestro comportamiento, e identificar fortalezas y debilidades.
2. Autocontrol emocional o autorregulación: capacidad de reconocer la temporalidad de las emociones y permite no dejarse llevar por los sentimientos del momento.
3. Automotivación: dirigir las emociones hacia un objetivo permite mantener la motivación y fijar la atención en las metas y objetivos.
4. Reconocimiento de emociones ajenas y control de ellas: reconocer y saber interpretar las señales emocionales que los demás emiten en las relaciones interpersonales.
5. Control de las relaciones interpersonales (habilidades sociales): habilidades para relacionarse exitosamente con los demás independientes de su posición, estatus y circunstancias.

Este autor desarrolló estos componentes básicos en 20 competencias agrupadas en cuatro habilidades generales de la inteligencia emocional (Goleman, 2001), dos de ellas personales y las otras dos sociales.

La inteligencia emocional un tema pendiente en Medicina

En Medicina se ha centrado la enseñanza y la formación en aprender diferentes competencias, habilidades y aptitudes enfocadas a desarrollar la parte clínica de la Medicina, se utiliza la medición del coeficiente intelectual (CI), como único referente para evaluar la inteligencia de los alumnos, sin embargo actualmente se ha demostrado que el coeficiente emocional (CE) es también un parámetro útil y necesario, sobre todo en las áreas de la salud, ya que mide la capacidad del individuo de sentir, entender y controlar los estados anímicos propios y de las personas que le rodean (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

En la formación aún se les indica a los alumnos que es mejor no relacionarse mucho con los pacientes y que no “se involucren emocionalmente”, situación compleja para ellos porque son seres humanos que sienten y se mueven por emociones. Los médicos durante sus estudios y ya como profesionistas viven cotidianamente situaciones de muerte y sufrimiento, podríamos decir que “esto

es su materia prima” y deben de afrontarlas de manera adecuada, ayudando al paciente y a la familia, al mismo tiempo que se protegen del sufrimiento. Otra situación a la que se enfrentan es el trabajo emocional, es decir el personal de salud y los alumnos de Medicina deben expresar emociones impuestas por las normas organizacionales (escuela, hospitales, unidades de atención primaria, etc.) pero que no representan sus verdaderos sentimientos, ocasionando de esta forma la llamada disonancia emocional y el síndrome de burnout, que una de sus características es la despersonalización y el maltrato hacia los pacientes. Por ello, la insistencia en la educación emocional para mitigar el posible desgaste de las relaciones que los médicos establecen con los pacientes y sean capaces de identificar las emociones y sentimientos que lo mueven, y tengan un correcto manejo de ellas, de forma que, si lo logran, podrán conducir las emociones de los pacientes, y lo más importante podrá ayudarlo a manejarlas correctamente, en lugar de evitarlas (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Asimismo, la regulación de emociones juega un punto importante, cuando un médico tiene que dar una mala noticia a un paciente requiere la habilidad de evitar dar respuestas emocionales descontroladas. Los pacientes siempre están al tanto de lo que dice el médico, incluso con su lenguaje no verbal. Por ello, ahora se busca que desde la formación los alumnos puedan aprender la autorregulación de las emociones negativas, pero además de las positivas, planteamiento que implica un paso más allá; consiste en percibir, sentir y vivenciar un estado afectivo sin ser abrumado o llevado por él, y ser capaz de dominarlo. Si estamos conscientes de que emoción y pensamiento se encuentran sólidamente unidos, la enseñanza del manejo de las emociones les permitirá a los alumnos utilizar las emociones al servicio del pensamiento, esto les ayudará a razonar de forma más inteligente y tomar mejores decisiones (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

En consecuencia, la capacitación de los alumnos para integrar emocionalmente la información en su forma de pensar puede contribuir ampliamente a su funcionamiento socioemocional. Recordemos que las personas emocionalmente inteligentes saben atender las emociones originadas en su entorno, comprender las posibles causas y consecuencias de ellas y, en consecuencia, desarrollar estrategias para regular y manejar esos estados emocionales, lo que se traduce en mayores niveles de bienestar subjetivo. La investigación también señala que el personal de salud con altos niveles de inteligencia emocional manifiesta mayor optimismo y son más sensibles a las emociones de los pacientes, obtienen una mejor relación médico-paciente ya que mejora la calidad de las interacciones, y mantienen mayor salud física y mental, se observa menor cansancio emocional y síntomas psicósomáticos. También se señala que un médico con unas adecuadas habilidades de comunicación clínica disminuye el número de demandas recibidas, el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento y su

nivel de satisfacción es mayor (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Asimismo, la ciencia nos explica que la inteligencia emocional no es una moda, sino una forma de entender las habilidades de los alumnos y una manera de relacionarse con los otros (compañeros y/o pacientes). De manera que, durante una respuesta emocional, los sistemas cognitivos, fisiológicos y de comportamiento son a distintos niveles, con el fin de preparar al individuo para adaptarse al cambio. Por ello, las emociones también tienen una función adaptativa (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Inteligencia emocional y desempeño escolar

Esta competencia emocional es crucial para la adaptación en los distintos ámbitos de la vida y ayuda a mejorar la adaptación social, y cuando los alumnos son emocionalmente competentes existe reconocimiento de los demás, en casa y escuela, son eficaces y productivos, de manera que son estudiantes saludables. Tienen mayor competencia social, éxito académico y son psicológicamente más fuertes (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

En cambios los que tienen poca inteligencia emocional son más propensos a un mal funcionamiento psicosocial, incluyendo la depresión, la ansiedad, la violencia, consumo de drogas y alcohol, relaciones destructivas, y el rendimiento académico más bajo (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

El desarrollo de la inteligencia emocional es crucial para alcanzar el éxito en la vida, incluso tanto o más que el CI y, a diferencia de éste, tendría una mayor carga ambiental que genética. Es por ello, que, pese a su reciente descripción, la inteligencia emocional se ha convertido en uno de los temas más debatidos en psicología y más estudiados en neurología conductual, amenazando con crear una verdadera revolución en los métodos de enseñanza tradicionales, los que están enfocados principalmente al desarrollo del CI (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Extremera y Berrocal, señalan que cuando existe un déficit de inteligencia emocional en el contexto educativo se presenta:

1. Bajos niveles de bienestar y ajuste psicológico del alumnado.
2. Disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales.
3. Descenso del rendimiento académico.
4. Aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas.

Aquellas personas que tienen un CE elevado son socialmente equilibradas, extrovertidas, alegres, decididas, responsables, se preocupan por las gentes y

muestran comprensión por los demás, se sienten satisfechas consigo mismo y capaces de relacionarse con el mundo que les rodea.

Porque las emociones se funden con nuestra forma de pensar consiguiendo guiar la atención a los problemas realmente importantes, nos facilita el recuerdo de eventos emotivos, permite una formación de juicios acorde a cómo nos sentimos y, en función de nuestros sentimientos, tomamos perspectivas diferentes ante uno mismo problema (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Por ello, se busca que los alumnos de Medicina y el personal de salud desarrolle emociones positivas que amplían momentánea el repertorio pensamiento-acción de un individuo, pero que también parecen compartir la característica de la formación de recursos personales del individuo, que van desde los recursos físicos a la propiedad intelectual y recursos sociales. Es importante destacar que estos recursos son más duraderos que los transitorios estados emocionales que llevaron a su adquisición. En consecuencia, a continuación, el efecto a menudo incidental de experimentar una emoción positiva es un incremento en los recursos personales duraderos que se pueden extraer más adelante, en otros contextos y en otros estados emocionales, es decir construir otras emociones positivas. De ahí su gran contribución para entender la capacidad emocional de las personas como un conjunto básico de destrezas que se pueden mejorar, de modo que el resultado de la medición de la inteligencia emocional no es fijo, lo cual nos indica que esta puede aumentar y se pueden realizar talleres para incrementarla (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

De acuerdo con el estudio, pone de manifiesto la importancia de la inteligencia emocional en la educación médica, lo anterior para ayudar a los médicos a comprender y crear una forma inteligente de sentir, cultivando sentimientos equilibrados y, tras ello, un mejor comportamiento en las relaciones familiares y escolares. La enseñanza de emociones inteligentes depende de la práctica, el entrenamiento y su perfeccionamiento y, no tanto, de la instrucción verbal (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Como los médicos están en constante trato con personas y las emociones de estos, se sugiere una forma adecuada de afrontamiento y relación, que a su vez permite entender a los pacientes facilitando la relación médico-paciente y evitar de esta forma la medicina defensiva (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

En cuanto a la formación se tiene que seguir investigando diferentes aspectos que impliquen habilidades y competencias en los alumnos, de manera que en los planes de trabajo no sólo se consideren las habilidades tradicionales como el CI, sino que se considere el CE (María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

Recordando que el potencial de un ser humano no puede limitarse a una sola metodología y que la inteligencia emocional es un concepto clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica.

De aquí que sería interesante realizar un estudio longitudinal con estudiantes, desde el comienzo de su carrera hasta su culminación, para medir cuánto han desarrollado su CE con relación al CI, y cómo lo ponen en práctica en la resolución de problemas básicos de la profesión. Las habilidades y destrezas emocionales son fácilmente adquiridas, a diferencia del CI que es difícil de desarrollar, el CE es potencialmente desarrollable en cualquier persona, razón por la cual se debe incentivar a los estudiantes de las ciencias de la salud, a desarrollar dichas habilidades e informarles de las ventajas y privilegios de estar en contacto con sus emociones. (Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack, 2014).

En conclusiones se hace mención de que el concepto de inteligencia emocional ha adquirido una base sólida científica que empieza a dar frutos como marco de estudio y que en los próximos años seguramente depararán interesantes hallazgos en el ámbito educativo, que pondrán aún más de relieve el papel potencial de la inteligencia emocional en las aulas y la necesidad de integrarla para el desarrollo de las habilidades clínicas.

Capítulo 2 Historia clínica y anamnesis como habilidad clínica

(Diana Camila Romo Arteaga, 2021) en su investigación sobre Habilidades y Competencias en la Elaboración de Historia Clínicas para ser Evaluadas por Rúbrica, en Universidad Piloto de Colombia. En ella menciona la importancia de la historia clínica en la práctica médica; en la cual para su realización se necesita de un conjunto de habilidades y competencias, las cuales se construyen desde bases académicas adquiridas previo al ingreso a las rotaciones clínicas, como la semiología, patología, fisiología o farmacología entre otras, integradas a habilidades sociales que le permitan al estudiante una interacción adecuada con el paciente, con lo que logre obtener la información suficiente para realizar un análisis del caso, que conlleve a una propuesta diagnóstica y terapéutica acertada.

Se asume que por lo conocimientos adquiridos en las diferentes materias cursadas previo al ingreso a los hospitales, los estudiantes están en capacidad de integrar la información adquirida y ponerla en práctica, sin embargo, durante la rotación de medicina interna es evidente las dificultades que tiene al momento de realizar historias clínicas; por lo que se hace necesario un acompañamiento permanente por parte de los especialistas; por medio de una rúbrica este acompañamiento podría ser más objetivo y formativo (Diana Camila Romo Arteaga, 2021).

El diseño de una rúbrica necesita de la identificación de los ítems que la conforman. Este trabajo identifica cuáles son las habilidades y competencias que deberían ser evaluadas en la realización de historias clínicas por parte de estudiantes de pregrado en medicina interna. La información se obtuvo a través de observación y entrevistas a especialistas de medicina interna y a pacientes valorados por estudiantes en el servicio de urgencias, señalando cuales fueron las fortalezas que mostró el estudiante al realizar la historia clínica que le permitieron llegar a un análisis certero, o de lo contrario las falencias en su proceso, que lo alejaron de diagnósticos y planes terapéuticos adecuados (Diana Camila Romo Arteaga, 2021).

(Rogelio Creagh-Bandera, 2020) en su artículo pedagógico sobre el “Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica” realizado en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo. Cuba. En donde se menciona a la anamnesis médica como proceso de comunicación interactiva entre el médico, el paciente, su familia o ambos, con el

propósito de identificar y caracterizar los síntomas que expresan la realidad del estado de salud del paciente, para establecer el diagnóstico y la intervención médica. Se aplicó un sistema de acciones didácticas que faciliten a los estudiantes de la carrera de Medicina el aprendizaje de la anamnesis. Se desarrolló un estudio de tipo pedagógico con dicho objetivo, donde se utilizaron los métodos: histórico– lógico, análisis y síntesis e inducción-deducción. Se empleó, además, la modelación para la elaboración del modelo de preguntas y el enfoque sistémico para determinar su estructura y establecer las relaciones entre ellas. Se obtuvo que el empleo de procedimientos (trasmisión de experiencias, ejemplos prácticos, modelos memorísticos basados en la imitación), sin un sustrato teórico estructurado, dificulta la aplicación plena de los contenidos médicos en pacientes concretos en condiciones reales semejantes o diferentes a las aprendidas, lo que constituye una limitación para la formación de esta habilidad en la asignatura Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Se concluyó que, con un modelo de aprendizaje por preguntas, con el cual se dota al estudiante de un recurso didáctico-metodológico para la comunicación interactiva con el paciente, lo que facilita el aprendizaje de la escucha activa y la comprensión del paciente por el estudiante. Contribuye, además, con la calidad de la confección de la historia clínica.

(Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011) en su investigación sobre la evaluación de competencias clínicas en semiología realizada en la universidad del norte, barranquilla, Colombia. Con el objetivo de evaluar competencias clínicas en semiología médica mediante la utilización de material audiovisual educativo en estudiantes de medicina. Los investigadores como método de estudio utilizaron un estudio descriptivo comparativo con fuente de datos primaria para medir la consecución de habilidades y competencias clínicas en los estudiantes de semiología, se seleccionó al azar 13 alumnos, 6 recibieron el material educativo y 7 que no lo recibieron; se compararon las mismas habilidades entre los dos grupos en el estudio se concluyó, que el 54 % de los estudiantes que no tuvieron como herramienta el material educativo no utilizaron diferentes maniobras semiológicas para explorar los signos encontrados al paciente, mientras que el 8% de los que tuvieron contacto con el material educativo no lo hicieron. En cuanto a los estudiantes que no tuvieron material: 54% no le explicó al paciente lo que se le iba a realizar, el 8% no sigue las fases semiológicas del examen físico. El 48% del grupo que tuvo el material didáctico sí las sigue. Se encontró que el 8% de los estudiantes sin contacto con el material no se despiden del paciente al finalizar el examen físico.

(Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011) concluyo que los grupos que utilizaron el material educativo tuvo mejor aproximación a los pacientes en la anamnesis, el desempeño en el examen físico con pacientes asignados fue superior, realizaban más maniobras para buscar signos clínicos relacionados con los síntomas del enfermo, daban mejores instrucciones a los pacientes, expresaban un mejor léxico médico y redacción de los hallazgos clínicos en la historia clínica.

La evaluación de las competencias adquiridas por los estudiantes es una herramienta válida para medir el aprendizaje, teniendo en cuenta qué sabe el estudiante, cómo aprendió a aprender, cómo lo supo o no hacer, y cómo convivir con los demás para compararse él y su entorno respecto a sus conocimientos en semiotecnia y habilidades propias de la anamnesis y examen físico (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

También promueve un vínculo efectivo entre la educación y el trabajo médico propiamente dicho. Las competencias proveen una metodología y un lenguaje común que permitirá aumentar la comparabilidad y competitividad de los estudiantes y futuros médicos egresados de la Universidad del Norte en la búsqueda de procesos formativos de mayor calidad, sin perder de vista las necesidades académicas, la sociedad, la profesión y desarrollo de la semiología en el programa de medicina (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

El principal acierto fue lograr un instrumento que pueda comparar y medir estas competencias en los estudiantes, su proceso de adquisición de conocimientos técnicos a nivel médico en roles tan importantes para su devenir profesional y una puesta en común acerca de las maniobras que en cada sistema el estudiante de semiología de nuestra Universidad debe saber para realizar un correcto examen físico céfalo caudal en una persona sana y/o enferma (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

Las repercusiones en el ámbito educativo tienen un costo-beneficio alto, al iniciar un proceso investigativo de las competencias y habilidades clínicas adquiridas por los estudiantes que se pueden replicar en otros cursos. El modelo le quita el protagonismo al profesor como hacedor de conocimiento y lo pasa a los estudiantes, pues son los constructores de su conocimiento. Esto se facilita mediante un recurso audiovisual, para la adquisición de habilidades y destrezas cognoscitivas necesarias para un correcto desempeño clínico con el paciente, promueve el razonamiento clínico para la solución de problemas, expresado en forma de método clínico al realizar un análisis de los signos clínicos como una manera habitual de expresar el arte de ser médico y su importancia en la toma de decisiones con respecto a la salud del paciente (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

El uso racional de los exámenes de laboratorio y paraclínicos y su utilidad práctica con una pertinencia técnico científico de los mismos, lo que significa el manejo

de los costos en la atención del paciente con un enfoque holístico, ético y responsable de la actividad médica (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

En la investigación pone como punto de referencias la ayuda de materiales audiovisuales bien diseñados con estudios comparativos permiten a los docentes y estudiantes medir de una manera objetiva sus logros al final de cada curso, y la Universidad con estos recursos brinda educación de calidad a sus educandos (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

Se evidenció que los estudiantes que tuvieron contacto con el material educativo tuvieron un mejor desempeño al momento de enfrentarse a un paciente al tener un arsenal más diverso de maniobras y formas de abordar el paciente (Marlon Guillermo Bernal Montaña, 2011).

El grupo que utilizó el material educativo tuvo mejor aproximación a los pacientes en la anamnesis, el desempeño en el examen físico con los pacientes asignados fue superior, los estudiantes estaban más seguros de las maniobras que iban a realizar para buscar signos clínicos específicos relacionados con los síntomas del enfermo, daban mejores instrucciones a los pacientes, expresaban un mejor léxico médico, con mejor redacción de los hallazgos clínicos en la historia clínica.

Se logró demostrar que en la anamnesis de pacientes hay que hacer más énfasis en los antecedentes, la revisión por sistemas y en el examen físico.

También reveló esta prueba que a los estudiantes les falta mejorar su capacidad de síntesis, asociación y análisis una vez que logran un cúmulo de signos y síntomas para establecer un diagnóstico diferencial y establecer pronóstico. Esto se explica por el nivel académico en el que se encuentran los estudiantes, pero sirve para que los docentes enfatizen en estos aspectos en sus prácticas habituales.

El desarrollo de nuevos recursos audiovisuales en la enseñanza clínica es de vital importancia para formación de los estudiantes al ayudarlos a fijar los nuevos conocimientos, más en áreas de donde se requiere de repetición para lograr la consecución de habilidades, competencias y destrezas clínicas necesarias para la realización de un interrogatorio y un examen físico en los estudiantes de semiología médica para realizar una historia clínica completa y obtener un diagnóstico adecuado.

(Denison S; Álvarez Montero S, 2019) en su investigación sobre metodología Docente: Enseñar anamnesis y comunicación a estudiantes de 3º de Medicina. En su artículo de investigación hace mención sobre metodologías docentes para

enseñar a alumnos de 3º de Medicina a hacer una anamnesis, la historia clínica (redacción) y desarrollar una comunicación clínica básicas. Intervención educativa y estudio observacional descriptivo de tipo cualitativo: grupos de discusión. La intervención ofrece múltiples situaciones para entrenarse con Pacientes simulados, visualizar y autoevaluar sus intervenciones provocando en los alumnos discusiones significativas relacionadas tanto con aspectos claves de la anamnesis, historia y comunicación clínica básica.

La historia clínica es el fundamento principal de una intervención médica efectiva, en lo que se refiere a la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente. El estudio de Hampton publicado en 1975 comprobó que entre un 66 y un 80% de los pacientes eran diagnosticados correctamente sólo por la historia clínica. Después de este estudio han aparecido otros que continúan demostrando que la historia clínica proporciona información suficiente para hacer el diagnóstico incluso antes de la realización del examen físico y las pruebas complementarias en la mayoría de los nuevos pacientes en contextos clínicos de medicina general o medicina interna. Las ventajas para el médico y el paciente de hacer una historia clínica personal y completa son muchas. Entre ellas se incluyen las propiamente relacionales, como establecer una relación respetuosa, sólida en el tiempo y empática, comunicando esperanzadoramente, para crear confianza a la vez que capacitar al paciente para afrontar de manera lo más autónoma posible sus problemas de salud. Además de estas ventajas, estarían las derivadas de una obtención de información pertinente y exhaustiva en relación con esos problemas de salud. De esta forma la frase “hacer una historia clínica” (en inglés “take a medical history”), común en la literatura anglosajona generalmente representa no solo recoger los contenidos claves de la historia médica del paciente (la tradicional anamnesis de nuestra cultura médica latina) si no desarrollar el acto de la entrevista médico-paciente (aspectos relacionados con la comunicación y la relación desarrollada en el encuentro).

Así, los programas educativos aplicados a este respecto tienen que ver en su mayoría con ambos componentes (contenidos y habilidades comunicativas) y representan aspectos indispensables de los currícula de medicina de los últimos años que se han desarrollado como una competencia fundamental en la mayoría de las escuelas de medicina de EE. UU., Canadá, Alemania y Reino Unido. Agencias de acreditación nacionales y diferentes consensos expertos han destacado la importancia de realizar una educación que tenga como eje la capacitación del estudiante de medicina en la realización de la historia clínica. Hoy en día, se sabe que las habilidades de entrevista se pueden enseñar si se usan los métodos educativos adecuados de los que los denominados “experienciales” son los más eficientes.

Sin embargo, aunque muchos estudios han investigado la efectividad de diferentes métodos educativos para la enseñanza de la historia clínica, esta enseñanza sigue siendo un reto en la medida en la que aún hay importantes

interrogantes no resueltos. Por ejemplo, de qué forma se pueden implementar los métodos educativos experienciales para que estos produzcan el menor “sufrimiento” posible en los aprendices y sobre todo aspectos como de qué forma (considerando los recursos disponibles en cada lugar) y cuando (momento del curriculum en el que debe implementarse) cuales estrategias concretas se pueden aplicar a entornos educativos siempre cambiantes y particulares o a determinados grupos de alumnos.

El presente estudio tiene como objeto describir la estructuración y los componentes fundamentales de un programa educativo en estos alumnos para capacitarles en la realización de la historia-entrevista clínica.

El objetivo general de esta formación es capacitar al alumno para que aprenda y emplee adecuadamente los componentes de la historia clínica tradicional en una entrevista con un paciente y sea capaz de redactarla en los términos correctos tanto en versión completa como orientada a problemas clínicos específicos. A la vez se introduce al alumno en los aspectos básicos comunicativos a desarrollar en un encuentro clínico con un paciente: habilidades comunicativas para obtener y ofrecer información clínica relevante y para establecer una relación médico-paciente adecuada.

Los talleres grupales son facilitados por profesores médicos de familia.

Componentes educativos del módulo

1. Sesiones Demostrativas y de trabajo en grupos pequeños. En una primera sesión se aborda la estructura de la historia clínica (anamnesis) entrevista y en una segunda las habilidades comunicativas básicas para establecer relación, obtener y ofrecer información. Mediante exposiciones y situaciones gatillo: descritas o clips de videos se ofrece a los alumnos la información relevante promoviendo la reflexión en el conjunto del grupo (clase completa) y en pequeños grupos de discusión formados ad hoc en este contexto general que se siguen de puestas en común al trabajo en grupos, mediante discusión y aporte de evidencias y racionalidad de las propuestas y estrategias.

2. Encuentros Individuales con PS: en el Centro de Simulación todos los alumnos realizan tres encuentros con tres PS que son videograbados tras los cuales deben de realizar la correspondiente historia clínica. Estos encuentros se llevan a cabo de una manera secuencial a medida que va desarrollando el programa docente de semiología, de forma que los problemas clínicos presentados en cada uno de ellos están en concordancia con la materia estudiada y entrenada en semiología. De esta manera las situaciones clínicas a las que se enfrentan los alumnos son: a) Paciente de 35 años mujer que acude a la consulta con dolor en muñeca derecha a consecuencia de una caída (eventual diagnóstico: fractura de escafoides) ; b) Paciente varón de 60 años con dolor torácico de dos meses de evolución y características típicas (eventual diagnóstico: angina inestable); c)

Mujer de 35 años que consulta por cansancio y pérdida de peso de un mes de evolución (eventual diagnóstico: debut de una diabetes mellitus I). Los encuentros se realizan todos en un contexto clínico de medicina general y tienen una duración de entre 10 y 15 minutos, tras los cuales los alumnos disponen de entre 5-8 minutos para realizar la historia clínica escrita.

Tras realizar cada encuentro el alumno accede a su entrevista en el sistema online (Programa Learning Space) llevando a cabo una autoevaluación de su entrevista y del informe de historia clínica que ha realizado para lo que sigue sendas planillas evaluativas modelo en las que se recoge los contenidos y apartados adaptados para cada uno de los encuentros e historias clínicas y donde el alumno comprueba su grado de actuación y cumplimiento.

3. Talleres grupales: una vez los alumnos han realizado esta autoevaluación, tiene lugar un taller grupal (30 alumnos) en el que se organizan en 4-5 subgrupos más pequeños (5-6 alumnos) y donde discuten tanto la experiencia del encuentro clínico como la de la realización de la historia.

Los PS pertenecen al Programa de PS de la Universidad, y recibieron previamente un entrenamiento para el desarrollo de los roles de unas 4 horas de duración en dos sesiones que sigue un protocolo. Los guiones de los roles se elaboraron siguiendo unas indicaciones específicas sobre la forma en la que el PS debía de ofrecer la información y estaban basados en casos clínicos reales elaborados por dos médicos clínicos.

Resultados y discusión de los Talleres Grupales

En este artículo se exponen y se discuten los resultados de las discusiones mantenidas en los talleres grupales. Sin embargo, también está siendo objeto de evaluación (en proceso aún) los siguientes resultados: la percepción de cada PS sobre cada encuentro realizado, el último de los informes clínicos y las autoevaluaciones de los alumnos sobre cada uno de sus tres encuentros y sus tres informes fueron también recogidas y evaluadas.

Los temas discutidos en los talleres fueron recogidos siguiendo el esquema de desarrollo de estos. Estos talleres fueron facilitados por dos profesores médicos de familia de los que a la vez de dinamizarlos y dirigirlos recogieron los aspectos más relevantes que los alumnos trajeron para las discusiones, en relación con tres diferentes apartados abordados (impresiones generales, desarrollo de las entrevistas y redacción de la historia clínica).

Tras la primera entrevista los problemas y soluciones aportados por los alumnos en los aspectos generales fueron:

Incertidumbre algo nuevo (situación con un paciente) / practicar.

Incomodidad inicial / Familiarizarse con más experiencias.

Grabación / Ayuda a mejorar cuando la revisas.

Preguntas incómodas / Cómo hacerlas/ Habilidades concretas para ello.

Falta de naturalidad / Repetir experiencias aprovechando oportunidades.

Desconocer contenidos concretos para preguntar / Revisar contenidos estudiar.

En aspectos concretos del encuentro:

Gestión del tiempo / Reloj en consulta y estructurar la entrevista.

¿Qué es lo realmente importante a hacer con paciente concreto? / Según motivo de consulta. Ver objetivos previos. Preguntar listados de comprobación preestablecidos.

¿Hasta dónde preguntar? (profundidad de la indagación) Ej. Antecedentes familiares. / Según tiempo, necesidad clínica, paciente y construir confianza.

¿Cómo cerrar la consulta? / Despedida y dudas sobre el plan.

Transmitir seguridad y confianza dando razones explicando riesgos.

Persiste el nerviosismo y esto influye en los contenidos que recordamos y la forma de transmitirlos. Autoconocimiento (conocimiento de nuestro estado) y ante esto parar o seguir. Se tú mismo se sinceró. Mejor información previa al encuentro.

Estructurar la entrevista: orden y como seguir el orden cuando la paciente saca otros motivos de consulta / Centrarte en motivo principal, preguntar ¿Algo más? Aprender bien el protocolo de la historia clínica.

Contenidos que han faltado de forma generalizada: Alergias, medicación, mecanismos de la fractura, medicación de herbolario, hábitos tóxicos, estilo de vida, antecedentes familiares y personales

Aspectos del Informe escrito:

No sé qué esquema seguir en el informe / aprender el protocolo de la historia clínica.

Se me olvida escribir cosas que si he hecho / Completar el informe al visualizar la entrevista en casa.

¿Cómo lo escribo? Encontrar las palabras justas. / Lo que dice el paciente entre comillas. Me he caído así. hacer esfuerzo en describirlo, con el estudio y la experiencia iremos incorporando jerga médica correcta para informes.

En la 2ª y 3ª entrevista: Impresión general.

Hemos mejorado, pero hay que mantener la “tensión”.

Falta de tiempo/gestión de tiempo: fragmentar tiempos, concretar preguntas, depende del motivo de consulta, explica al paciente que programas otra cita, pero no es el momento ahora de explicarnos eso...

En este caso nos hemos centrado en el problema concreto.

Si quieres mejorar: es necesario Reflexionar más.

En aspectos concretos del encuentro y del informe:

Algunos olvidos importantes: nombre, edad...

Otros menos importantes: antecedentes familiares, vacunas, cuantos paquetes tabaco, Depende del motivo de consulta.

Reparos en hacer preguntas. Explica tus motivos...

Nos falta lenguaje “técnico”. Describe lo más precisamente posible hasta que lo conozcas.

Estructura alterada de la historia clínica. Es una cuestión de tiempo y repetir...

Satisfacción con el proceso de enseñanza (últimos 15 min del último taller).

Alto en general.

De gran utilidad el entrevistar a PS sin la presión de que se trate de algo real en la planta de un hospital o Centro de Salud y además sin que se nos vaya a evaluar para nota sobre la bien o lo mal que lo hemos hecho, esto permite ir más relajado y ser más nosotros mismos.

Se sugiere ofrecer las clases de anamnesis y comunicación seguidas y no tan separadas (primera y última).

La clase de comunicación ayudaría así más en los encuentros con los pacientes.

Los talleres muy útiles, especialmente el primero y el tercero. Tal vez se podría prescindir del segundo.

Los talleres podrían sin embargo acortarse, aunque los tres son interesantes.

Lo que aportan los monitores a los talleres es sobre todo muy útil desde un punto de vista práctico.

Han sido grupos demasiado numerosos y eso tal vez ha disminuido la productividad y ha dificultado las dinámicas.

Los profesores mostraron mucha implicación e interés (más que otros de otras asignaturas).

En conjunto, llama la atención que gran parte de los temas tratados y que más preocupan a los alumnos tenían que ver no tanto con la información puntual de los diferentes contenidos de la historia clínica a la hora de ensayarla en el encuentro o de transcribirla en el formato “historia clínica” como de aspectos propiamente de proceso o comunicativos con el paciente: como abordar con el paciente determinadas preguntas, cuando hacerlo, como gestionar el tiempo, como dedicarse a dar salida a todos los ítems de la historia sin que pareciera que estaba realizando un interrogatorio, como interesarse por otros aspectos relacionados con su problema como su preocupación etc. Como iniciar determinados bloques de la historia y como pasar a otros de manera natural, como ser delicados con determinadas preguntas o como preguntar aspectos que no parecen tener nada que ver con el problema que presentaba el paciente. El aspecto que más le preocupaba a la hora de transcribir la información a la historia era la falta de argot técnico, es decir no saber términos clínicos para verterlos y así la descripción de la exploración aparecía complicada para ellos.

También el dilema de que palabras usar para describir los síntomas del paciente si las expresiones propias de este y con las que este las manifestaba o interpretaciones sobre las mismas, otros aspectos tienen que ver con el estilo de escritura que debían usar si este debía de ser más o menos narrativo o si debían tratar de ser concisos y objetivos: “No tabaco”, o una mezcla de ambos. El uso de acrónimos era otro aspecto frecuente en las discusiones.

En resumen, el abordaje integral y práctico de la historia clínica utilizando reiterados encuentros individuales con PS con problemas clínicos sencillos, para ser una metodología aceptada por los alumnos y provoca en ellos discusiones significativas relacionadas tanto con aspectos claves de la anamnesis, historia y comunicación clínicas básicas. Estos encuentros van siendo paralelamente enseñados en otras facetas de la asignatura (a la hora de enseñar la exploración física), junto con oportunidades para la auto observación y autoevaluación, así como la reflexión personal individual y compartida en seminarios en grupo. A la espera de conocer los resultados sobre el efecto producido sobre las habilidades adquiridas, parece adecuada para introducirla cuando se enseña a estudiantes de 3º en su primer cuatrimestre que aún no han tenido ninguna o muy escasa experiencia clínica.

(Marco Rojas, Heidy Gómez, 2004) En su investigación desarrollada sobre la anamnesis y su valor histórico en la práctica médica "Reporte de un caso"; resalta que en la actualidad una historia clínica no es un simple relato de una enfermedad aislada, sino más bien una biografía biológica completa, aunque concisa, de una persona, sintetiza sus costumbres y herencia; su constitución física, su trabajo, fisiología y psicología; su medio ambiente y en lo posible, la etiología y evolución de la enfermedad. Aparte de su obvia importancia para el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y epidemiología, la anamnesis registra la capacidad y sabiduría del médico.

Dicho todo esto, y dado que la anamnesis constituye uno de los elementos más importantes en la práctica médica, se hace menester hacer una revisión de la anamnesis a lo largo del trayecto de la historia de la medicina y relacionarla con nuestra práctica cotidiana.

Historia de la anamnesis

Los cánones

La historia clínica es una valiosa fuente de información sobre los conocimientos de la medicina en cada época. En el Papiro Edwin Smith, obra anónima de algún cirujano egipcio, podemos encontrar una relación de 48 historias clínicas que agrupaban los traumatismos en relación con los órganos. En ellas se denota el conocimiento sobre la pérdida del habla y de las parálisis como consecuencia de las lesiones cerebrales.

"Sentir el corazón que se expresa mediante los vasos de las extremidades" al palpar el pulso y los tumores.

Cuatro eran los basamentos del examen clínico que nombraba el Nei Ching, el canon médico chino de hace 4500 años. Estos eran el interrogatorio, la observación, la palpación y la auscultación. El médico debía notar el tono de la voz y observar el color de la lengua y la piel. Había que preguntar al paciente acerca de sus sueños, sus gustos y aromas predilectos. Se solía hacer una correlación para determinar las enfermedades. Aquí se sostiene que el pulso vacilante se percibe "como guijarros en una fuente" lo cual indicaba la presencia de mucho yin, o mucus.

Uno de los más importantes instrumentos de la medicina se remonta, como elemento escrito, a la antigua Grecia donde hallamos manuscritos de Hipócrates en papiros, registrando los males que padecían los pacientes. A través de estas historias se ha podido llegar a un diagnóstico, pronóstico, tratamiento del paciente.

Las catástasis

Las catástasis, historias clínicas hipocráticas, tomaban en consideración al ser humano en su totalidad. Abarcaban su medio ambiente y la época de su vida. El paciente era examinado minuciosamente y se determinaba el tiempo de inicio del padecimiento y su motivo a través del "juicio y razonamiento". A lo largo de 17 siglos sus escritos, con 42 casos clínicos, fueron muy consultados y aún mantienen vigencia sus descripciones sobre "la nariz afilada, ojos hundidos, sienes deprimidas, orejas frías y contraídas y semblante oscuro o lívido" de los enfermos agudos graves que presentan la facies hipocrática, que todo estudiante de medicina reconoce.

La importancia de la observación del medio que rodea al paciente fue célere en Galeno. Haciendo gala de su agudeza diagnóstica, determinó que un colega padecía una enfermedad hepática al hallar signos de retención biliar en los excrementos y al descubrir sobre una mesa un frasco con jarabe de hisopo.

Rhazés, quien escribió más de 200 textos de medicina, filosofía, matemática y astronomía, marcó la diferencia con sus colegas. El ejerció la medicina hipocrática e incluyó en sus textos historias clínicas que denotaban un profundo estudio de los casos. En su descripción de la viruela sostiene que la erupción "es precedida de fiebre continua, dolor de espalda, comezón nasal y terrores durante el sueño".

Las primeras observaciones

Paracelso resaltó la importancia de lo que sus ojos veían y lo que sus manos tocaban, él fue uno de los primeros médicos en destacar la ecología de la enfermedad. No desdeñó los remedios del pueblo y relató las enfermedades profesionales de los mineros del Tirol además de la relación entre el bocio endémico y el cretinismo.

Los primeros libros de anamnesis

El Dr. John May, escribió historias cortas con los padecimientos de sus pacientes, así como los remedios a ellos indicados. Con estas historias publicó su libro, *Select Observations on English Bodies*, donde incluyó descripciones sobre cólicos que padecían su esposa, las convulsiones que sufrían su hija y observaciones acerca de una puérpera que "cayó en una fiebre errática con horror, calor y sacudidas". También contenía una receta suya compuesta con polvo de tráquea de gallo y cuervo para un joven con enuresis.

Sir Percival Pott, comenzó a escribir historias clínicas a raíz de un reposo obligado por sufrir la fractura de una pierna. Su interés se centró en las fracturas, en especial de la suya, y más adelante describía casos de tuberculosis vertebral (mal de pott) y de cáncer del escroto en los deshollinadores.

En este último, posiblemente la primera relación conocida entre un carcinógeno y una neoplasia narraba "en su infancia suelen ser tratados con gran brutalidad

y sometidos al hambre y al frío, se los empuja dentro de estrechas chimeneas, a veces calientes, donde son lastimados y casi sofocados, y sufren quemaduras; y hacia la época de la pubertad suelen ser víctimas de una muy molesta, dolorosa y fatal enfermedad que parece derivar del hollín acumulado en los pliegues del escroto.

El valor histórico de la anamnesis

Las enfermedades ocupacionales fueron observadas por Bernardino Ramazzini, en el siglo XVII, al describir la intoxicación por mercurio de los doradores, la tuberculosis de mineros y albañiles y el vértigo y la ciática de los lagareros. Sir George Baker, durante una epidemia por intoxicación saturnina el año de 1767 en Devon, demostró por medio de las anamnesis y experimentos que el origen estaba en las prensas de sidra.

En 1832 en la ciudad de Viena, Lorinser descubre, mediante las historias clínicas, la relación del fósforo blanco en la etiología de la necrosis del maxilar inferior que sufrían las mujeres niños que fabricaban luces de bengala.

Métodos modernos

Seis son las interrogantes que una buena historia clínica debe absolver; quién, qué, cuándo, dónde, cómo y por qué. Para recabar los datos necesarios es imprescindible contar con curiosidad, persistencia, tacto y simpatía. Por regla general se considera que el paciente es interrogado primero acerca de sus principales molestias primero, dejándole que las describa con su propio lenguaje. Tal como Friedrich Von Müller aconsejaba no percutir ideas dentro del tórax, "los médicos impacientes no deben introducir ideas en la boca de sus enfermos".

El siguiente paso, según algunos, debería ser la historia familiar, mientras que otros dan prioridad a la discusión de la enfermedad actual, la que preocupa al paciente. Esto incluye la recomendación de tener en cuenta algunos detalles en el interrogatorio sobre antecedentes personales y familiares, y el estado actual. Hoy en día, la anamnesis contiene mayores datos sobre el estado mental y emocional, cultura, trabajo y antecedentes socioeconómicos del paciente, debido a la mayor importancia que poseen los factores cantidad de alcohol u tabaco que consume el paciente pues algunos que se creen "moderados" pueden ser en realidad grandes consumidores. Algunas "preguntas claves actúan como el gatillo que desencadena una andanada de detalles de gran valor".

A partir del siglo XIX, los hospitales comienzan a mantener archivos con anamnesis, El espacio físico que se necesita para archivar las historias clínicas es un problema de difícil solución. En el Hospital Nacional de Paralíticos y Epilépticos de Londres, las anamnesis encuadernadas de los casos atendidos en un lapso de 73 años, de 1863 hasta 1946, ocupaban centenares de metros de estantes.

En conclusiones se menciona que, si bien la anamnesis es uno de los instrumentos que más ha aportado en la evolución del conocimiento de la medicina, está en la actualidad está siendo desplazada por instrumentos que desintegran el núcleo persona enfermo.

La anamnesis (vocablo de origen griego; “llamamiento a la memoria”), interrogatorio o entrevista médica, es la habilidad que permite obtener a través del diálogo que se establece entre el médico y el enfermo, los datos referidos al motivo de ingreso o consulta, la historia de la enfermedad actual, el pasado patológico personal y familiar, género de vida, factores de riesgo y una descripción semiológica de los síntomas propios de los diferentes aparatos y sistemas anatómo fisiológicos y de los aspectos psicológicos y sociales.

El examen físico se realiza mediante el empleo de las cuatro técnicas básicas de la exploración clínica: la inspección, palpación, percusión y auscultación. Comprende tres procedimientos: examen físico general, examen físico regional y examen físico por aparatos y sistemas.

(Gaceta Médica Espirituana 2012) en su investigación en el Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba, identificando el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas como instrumentación didáctica.

Capítulo 3 El diagnóstico como habilidad clínica

(Adrián Martínez-González,2017) en su investigación desarrollada sobre la evaluación diagnóstica y formativa de competencias en estudiantes de medicina a su ingreso al internado médico de pregrado realizado en gaceta medica de México, en este hace referencia a la poca investigación en Latinoamérica sobre evaluación diagnóstica y formativa de competencias durante el transcurso de un plan de estudios. Con el objetivo específico de evaluar el nivel de competencias de los estudiantes a su ingreso al internado médico de la licenciatura de medicina en un nuevo currículo. Los métodos realizados para la obtención de la información fueron de manera observacional, transversal, en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM en la Ciudad de México. Se obtuvieron resultados por área de conocimiento y estación. En donde se concluyó que los resultados globales dan evidencia de que los estudiantes logran de manera suficiente las competencias establecidas en el Plan de Estudios al inicio del internado, y de que poseen las bases para aprender nueva información más compleja e integrarla con las ideas existentes para lograr aprendizajes significativos y continuar su formación.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, con instrumentos de evaluación de conocimientos y competencias, específicamente diseñados para el Perfil Intermedio II.

Estructura de la evaluación teórica

Se diseñó un examen general de conocimientos, con el formato escrito de preguntas de opción múltiple de una sola respuesta, siguiendo las recomendaciones internacionales para un instrumento de esta naturaleza.

Se elaboró la tabla de especificaciones de acuerdo con el Perfil Intermedio II del Plan 2010 para conformar el examen teórico, que incluyó conocimientos de las áreas Clínica y Socio médica. Se tomó en cuenta la carga crediticia de cada asignatura del 5º al 9º semestre, y por consenso de expertos se integraron en siete áreas de conocimiento. Se solicitaron a los Departamentos Académicos reactivos para cada una de las asignaturas del 5º al 9º semestre, considerando

los programas de las asignaturas y los conocimientos esenciales que debe poseer el estudiante para comprender los contenidos académicos y la práctica clínica del internado de pregrado del Plan de Estudios. Posteriormente se realizó la selección y el ajuste de los reactivos por un grupo de expertos en evaluación, cuidando la validez de contenido y descartando aquellos que no seguían los criterios propuestos por Haladyna, et al.7.

Estructura de la evaluación práctica

El examen clínico objetivo estructurado (ECO) incluyó atributos de seis competencias del Perfil Intermedio II del Plan de Estudios 2010. Se elaboraron especificaciones de acuerdo con el perfil mencionado y se solicitó la colaboración de los departamentos académicos en la elaboración de estaciones estandarizadas, considerando especialmente las habilidades que debe poseer un estudiante al término del 9º semestre de la licenciatura. Participaron en todo el proceso profesores con experiencia en la elaboración de estaciones de ECO para evaluaciones formativas y sumativas de la Facultad de Medicina.

Posteriormente se realizaron la selección y la adecuación de estaciones por expertos en evaluación, los cuales elaboraron el material de apoyo para cada estación, como son los resúmenes de escenarios clínicos, las rúbricas con escalas globales y los libretos para los pacientes estandarizados. Ya con los instrumentos se realizó una prueba piloto para poder realizar los ajustes pertinentes, la cual se llevó a cabo en unidades del primer nivel de atención médica con el fin de tener un contexto realista.

En las estaciones se utilizaron personas no enfermas (médicos pasantes en Servicio Social) que se capacitaron para representar un problema de salud en forma consistente como pacientes estandarizados.

El ECO quedó conformado por cinco estaciones estandarizadas de 12 minutos cada una en dos circuitos simultáneos. Se realizaron reuniones informativas con los estudiantes, a quienes se invitó a participar voluntariamente y se mantuvo la confidencialidad de sus resultados.

Los estudiantes se evaluaron en cada estación de manera objetiva y estructurada por medio de rúbricas con escalas globales predefinidas desarrolladas por expertos en el área y validadas en la prueba piloto.

El resultado por estación se reporta en porcentaje de aciertos en los instrumentos citados. Para obtener el porcentaje de aciertos, el instrumento empleado para evaluar cada estación tiene una escala valorativa de nueve indicadores con cuatro puntajes posibles para cada elemento, que va de 1 (insuficiente) a 4 (excelente); cada uno de los indicadores tiene un peso porcentual determinado dependiendo del atributo de la competencia clínica evaluada en cada estación, y

los nueve indicadores en su conjunto suman un total posible del 100%. El promedio de los porcentajes de las cinco estaciones de cada circuito determina el puntaje global de cada sustentante. Lo anterior permite una mejor realimentación de los participantes dentro del contexto educativo, al poder traducir fácilmente el resultado global en una escala a 100.

Las evaluaciones formativas pueden considerarse herramientas para el aprendizaje, ya que el ejercicio de evocar conocimientos previos cambia la memoria y ese simple hecho reconstruye el conocimiento y es de utilidad, en especial para el conocimiento complejo, como el que ocurre en la ciencia.

Además, este tipo de evaluaciones que integran la reinformación en el proceso dan al estudiante una herramienta para identificar aquellas áreas en las que requiere mejorar sus habilidades o bien reforzar aquellos contenidos que identificó como deficientes, lo que le permitiría superar las deficiencias identificadas y mejorar en sus habilidades y conocimientos.

Este estudio muestra claramente que se requiere realizar intervenciones educativas en algunas áreas de los programas académicos para hacer los cambios pertinentes, tanto en la enseñanza como en los contenidos.

Dado que los resultados obtenidos en este estudio con una metodología rigurosa tienen evidencia de validez, condición indispensable para una toma de decisiones racional y con base en la evidencia, se propone generalizar el uso de las evaluaciones formativas, especialmente del ECOE, que no necesariamente excluye a la sumativa, en los departamentos académicos pertinentes de la Facultad de Medicina de la UNAM, como una fuente más de realimentación para la mejora de la calidad de la educación médica, y que se conviertan en herramientas para el perfeccionamiento continuo, no solo de los estudiantes sino de los programas académicos y del Plan de Estudios 2010, para beneficio y seguridad de los pacientes.

En conclusiones este estudio evaluó los conocimientos y las habilidades clínicas adquiridos durante los cinco semestres de estudio previos; situación compleja que implica no solo la capacidad de los estudiantes de recuperar información, sino también la integración, la aplicación del conocimiento y la solución de problemas de salud. Se establece un punto de partida para el seguimiento de las competencias en este nivel de estudios.

Los resultados globales dan evidencia de que los estudiantes logran de manera suficiente los conocimientos y las competencias establecidas en el Plan de Estudios al término del 9º semestre, y de que poseen la base compuesta de un sistema de conocimientos, habilidades clínicas, actitudes e ideas interconectadas que les ha permitido desarrollar la competencia clínica a tal grado que hace suponer que la mayoría de ellos continuará aprendiendo nueva información más

compleja e integrándola con las ideas existentes, para lograr aprendizajes significativos y continuar su formación en el internado médico de pregrado.

La importancia y el significado de las evaluaciones formativas determinan la pertinencia de ampliar y profundizar este tipo de estudios, cuyos resultados pueden realimentar la enseñanza de la medicina y fortalecer el propósito primario de dichos exámenes.

(Armando Muñoz, 2014) en su investigación desarrollada sobre la Correlación entre la evaluación diagnóstica y el rendimiento académico de los estudiantes de medicina realizada en la ciudad de México, hace referencia al rendimiento académico de los estudiantes está asociado con una gran variedad de factores, uno de ellos corresponde a los conocimientos previos de ingreso a la licenciatura de médico cirujano, por lo que, describir las calificaciones en los exámenes departamentales a partir de dichos conocimientos, en la fase inicial de la licenciatura, permitirá identificar aquellos en riesgo académico e implementar las medidas remediales pertinentes. Con el objetivo de determinar la relación entre los resultados en el examen diagnóstico y en los exámenes departamentales de las asignaturas de primer año en estudiantes de nuevo ingreso a la licenciatura de Médico Cirujano. Para ello se realizó un estudio de correlación y comparación que incluyó los datos de un total de 6 590 estudiantes.

En particular se calcularon correlaciones de forma separada para seis generaciones (2007 a 2012), para tres tipos de bachillerato de procedencia y para seis asignaturas del primer año entre, por un lado, el examen diagnóstico de conocimientos generales y por otro la calificación promedio de los exámenes departamentales. Dando como resultado la aparición de diferencias en los resultados de la evaluación diagnóstica entre estudiantes que provienen de los sistemas NO UNAM, ENP y CCH. Y en conclusiones se muestra una correlación entre el promedio de los exámenes departamentales de las asignaturas de primer año y el examen diagnóstico de conocimientos generales, lo cual en una investigación futura se puede aprovechar para realizar predicciones y proponer medidas remediales tempranas para los estudiantes que puedan detectarse.

(Ana Herrera Galiano, Miguel A. Serra Valdés, 2011) en su investigación desarrollada sobre el proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina

realizada en la Habana, Cuba, Hace referencia a que el método clínico constituye una categoría fundamental en las Ciencias Clínicas y su utilización como método de enseñanza en las disciplinas y asignaturas en el ciclo clínico de la carrera de Medicina. Contribuye a la sistematización de todas aquellas habilidades que, en forma de sistema, se integran en la ejecución de este. pone de manifiesto que el desarrollo de habilidades es esencial en el proceso de diagnóstico en Medicina. Teniendo como objetivo su vinculación a la tarea docente de la discusión diagnóstica dentro de la educación en el trabajo con recursos didáctico-metodológicos con fines docentes para la enseñanza y aprendizaje de habilidades profesionales del futuro médico.

El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un "cuadro clínico", destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. Gran parte del tiempo en la práctica clínica, lo utilizamos en hacer diagnósticos; es decir, decidiendo qué tiene nuestro paciente. Quien entra a nuestra consulta por primera vez, el que ingresa de urgencia o el que se complica estando hospitalizado, todos necesitan un diagnóstico confiable, para adoptar conductas terapéuticas concordantes y comunicarles a él y su familia, el pronóstico asociado a la condición diagnosticada. El diagnóstico es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica. Si este es incorrecto, con mucha probabilidad llevará a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo.

Menciona su atención que, en nuestros tiempos, a pesar del papel fundamental que cumple en la práctica clínica el proceso diagnóstico, el número de publicaciones destinadas a cubrir temas relacionados con este aspecto es mucho menor que el de las dedicadas a otros temas, investigaciones, etcétera, dentro del campo de la Medicina. En pocas ocasiones, se hace la pregunta sobre qué pasos seguimos para llegar a un diagnóstico correcto, la mayoría de las veces es un proceso intuitivo del cual no explicitamos sus componentes. Al analizar qué elementos lo componen, podemos desglosarlo en las siguientes etapas:

Generación de hipótesis diagnóstica. Durante el encuentro con un paciente, constantemente generamos hipótesis diagnósticas. Ellas van a definir el espacio en el cual se enmarcarán las acciones que llevarán al diagnóstico definitivo. Se han descrito diversos métodos, mediante los cuales los médicos generan sus hipótesis. Uno de ellos, el más universal recurso de la clínica, que, al observar los elementos o partes constituidos por los síntomas o signos, el médico se forma intuitivamente una imagen mental de lo que puede estar ocurriendo con el paciente, el todo. Otras veces, ante situaciones de urgencia, pocos elementos harán rápidamente construir mentalmente que se trata de un "cuadro grave" como hipótesis diagnóstica, vaga pero muy operativa, ya que permite adoptar decisiones.

Este método es uno de los utilizados por médicos de amplia experiencia, donde se ha demostrado que tiene mayor precisión al ser comparado con médicos de menor experiencia. Un tercer método para generar hipótesis diagnósticas es el de la probabilidad por prevalencia del cuadro. Este método hace referencia a información objetiva y numérica, como es la prevalencia de las enfermedades en la población. Esto permite trabajar con información precisa durante las estimaciones de probabilidad y es uno de los elementos iniciales para la aplicación de la Medicina Basada en Evidencia. Un problema es que lleva implícito que el número de enfermedades que causan un determinado hallazgo es fijo, lo que no considera la aparición de nuevas enfermedades.

En la ampliación de la hipótesis diagnóstica, el incorporar nueva información se van recolectando nuevas piezas sobre la historia, examen físico y exámenes adicionales, que van a permitir discriminar entre las distintas hipótesis generadas en la etapa previa. Es importante aclarar que el proceso diagnóstico no es secuencial ni unidireccional, sino que constantemente estaremos evocando nuevas hipótesis y eliminando otras, a medida que vamos teniendo más información disponible; pero sí requiere a nuestro juicio enseñarlo con sistematicidad. Una forma de recopilar información, mucho más utilizada en etapas tempranas de estudiante y de la vida de un médico, son los métodos exhaustivos. Ahí es donde tiene lugar la clásica revisión por sistemas. En ella, se indaga sistemáticamente por síntomas, tengan que ver o no con la representación mental de la hipótesis en cuestión.

Otro ejemplo de esta aproximación son los exámenes de laboratorio y otros. Uno de los problemas que podemos ver asociados a esta forma de recolectar información es el costo (en tiempo, económico, falsos positivos). Pero el término costo para nosotros se refiere a algo mucho más amplio que el costo monetario. Incluye los costos de dejar pasar un diagnóstico importante; de tratar a un paciente sano o con una enfermedad distinta, con una terapia potencialmente tóxica; de los riesgos de las investigaciones; de los valores y preferencias del paciente; de la aceptación de la familia y la sociedad. Otra forma de recopilación es la comparación del caso actual con la idea que el clínico tiene del cuadro sospechado. Un elemento clave en esta etapa es la representación mental de las distintas hipótesis.

Verificación del diagnóstico. Estos niveles de certeza, tanto para confirmar como para descartar un diagnóstico guardan estrecha relación con la adopción de decisiones. El punto por sobre el cual ya no consideramos necesario realizar nuevos exámenes, sino iniciar el manejo concordante con el diagnóstico planteado en lo que a terapéutica y otras acciones afines. Esta verificación, en muchos casos, tienen que ver con investigaciones de apoyo al diagnóstico; otras, en ver la evolución a la respuesta de la terapéutica escogida.

Sin perder nuestros propósitos, desde el punto de vista docente-metodológico el profesor debe tener muy bien definido las habilidades que se requieren en la correcta aplicación del método clínico:

1. Comunicar: Lograr establecer una adecuada relación médico-paciente, comunicación médico-paciente y obtener información acerca del problema de salud del paciente.
2. Interpretar: Lograr interpretar la información del problema de salud del individuo, síntomas, signos, exámenes complementarios y posibilidades diagnósticas y pronósticas.
3. Diagnosticar: Permite obtener y ordenar datos de identidad, síntomas, signos, resultados de investigaciones complementarias, que posibilitan plantear y comprobar diagnóstico. Agrupar en síndromes y establecer hipótesis diagnósticas.
4. Intervenir: Permite lograr un estado cualitativamente superior en la situación de salud del individuo, que abarca acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la evaluación del estado funcional del paciente.

La discusión diagnóstica académica

1- Diagnóstico Síndromico o Sindromológico

Una vez identificados los síntomas y signos en los pasos anteriores de la presentación del caso, se hace necesario el plantear los síndromes que presenta el enfermo justificando los elementos sintomáticos de cada uno de ellos. A veces, en la Semiología, tenemos varios síndromes en un enfermo; pero existe alguno que es capaz de contenerlos en sí, por lo que es mejor el planteamiento del mismo. Ejemplo: Un paciente puede ser portador de un Síndrome de Hipertensión Arterial y un Síndrome Anémico; sin embargo, es portador de un Síndrome de Insuficiencia Renal Crónica y ambos pueden estar en sí dentro de este. Los síndromes deben plantearse por orden de mayor a menor importancia o interdependencia para facilitar después la discusión de entidades nosológicas. Importante es no inventar síndromes que en la práctica clínica a través de su historia no existen.

A veces, es necesario realizar el diagnóstico diferencial del Síndrome planteado cuando estos genéricamente engloban subsíndromes que tienen algo en común. Ejemplo: Al plantear un Síndrome de Condensación Inflamatorio en el Sistema Respiratorio, se hace necesario expresar que no se trata de un Síndrome de Condensación Tumoral o Atelectásico por tal o más cual elemento, pues ellos todos tienen algo en común. Igual pudiera tratarse de los Síndromes bronquiales donde existen subsíndromes como el de Asma Bronquial, el de Bronquitis aguda, obstructivo por cuerpos extraños, etcétera, donde también tienen en común, pero tienen elementos de diferenciación.

2- Diagnóstico Diferencial de las entidades nosológicas

Corresponde a la eliminación razonada de aquellas entidades que constituyen etiologías dentro del síndrome o los síndromes planteados, y se deja para el final o siguiente paso aquella que nos impresiona o justifiquen el cuadro del paciente que discutimos. O sea, qué se parece, pero no es, porque existe algún o algunos elementos fundamentales que la excluyen. Se trata, pues, de excluir entidades que pueden confundirse con el cuadro del paciente. Esta es quizás la parte más importante de la discusión diagnóstica. Recordemos que en esta parte tiene mucho valor algunos datos recogidos en la Historia Clínica del paciente: antecedentes patológicos, operaciones anteriores, alergia a medicamentos, elementos epidemiológicos, ocupación, sexo, raza, interrogatorio por aparatos, síntomas que son patognomónicos de algunas entidades, elementos negativos, etcétera, que nos puede ayudar en la eliminación de algunas afecciones.

3- Diagnóstico Nosológico o positivo de la Entidad Nosológica

Consiste en la parte final concluyente de cuál o cuáles son las patologías que presenta el paciente, justificando cada una de ellas con los elementos clínicos, epidemiológicos, exámenes complementarios y otros que defiendan lo concluido. Existen entidades en la Medicina que genéricamente son amplias y abarcadoras de varias posibilidades etiológicas, etiopatogénicas o fisiopatológicas y hasta existen clasificaciones de las mismas atendiendo a estas cuestiones como por ejemplo: las bronconeumonías, anemias, Insuficiencia Cardíaca, infecciones urinarias, infecciones del sistema reproductivo, gastroenteritis, colitis, hepatitis, etcétera, que obliga a realizar un diagnóstico etiológico o etiopatogénico o un diagnóstico fisiopatológico. Recordemos que el conocimiento de la etiología y fisiopatología de las entidades nosológicas es fundamental para establecer después la estrategia terapéutica.

4.- Diagnóstico Anatómico o Topográfico

Es preciso en algunos procesos patológicos establecer su localización anatómica o topográfica que reflejará la expresión de algunos síntomas que pueden variar de un paciente a otro que tengan la misma enfermedad o trastorno. Estos síntomas, expresión de la localización del proceso, nos ayudan a establecer la topografía. Ejemplos: Tumores con localización diferente en un mismo órgano, lesiones neurológicas degenerativas, accidentes cerebrovasculares, localización de obstrucción de vías biliares, localización de oclusión intestinal, localización de obstrucción de vías urinarias por cálculos, localización de adenopatías en los linfomas que permiten estudiarlos, enfermedades inflamatorias del intestino, entre otras. El diagnóstico topográfico permite asumir conductas posteriores, no solo médicas sino quirúrgicas, si es necesario, y nos permite estudiar algunos procesos tumorales. Nos permite también establecer el pronóstico a corto, mediano y largo plazos, inclusive nos permite la valoración de acciones rehabilitadoras.

5- Diagnóstico Funcional o del Grado de Incapacidad

Necesario en algunas enfermedades, por el cual, podemos, posteriormente, emprender acciones terapéuticas para la rehabilitación del enfermo con vistas a su mejor integración a la sociedad y la familia. Se realiza en algunas enfermedades como respiratorias, pacientes operados a a quienes se les mutila alguna parte de su cuerpo; pacientes con secuelas neurológicas por enfermedad cerebrovascular o enfermedades degenerativas del SNC; pacientes con Insuficiencia Renal avanzada en plan dialítico; pacientes operados de diversos tumores, los cuales pierden el órgano afecto o parte de él y se altera su capacidad funcional; enfermedades psiquiátricas o mentales, etcétera. A veces, para realizar esta evaluación diagnóstica es necesaria la valoración multidisciplinaria a la cual se integra el Fisiatra, el Psicólogo y los especialistas en cultura física, quienes trabajan en nuestras salas y centros de rehabilitación.

6- Establecer el Pronóstico

Es necesario en todo paciente enfermo establecer el pronóstico de la enfermedad. Este depende de la propia entidad, su forma clínica, las condiciones propias del paciente, gravedad evolutiva, respuesta probable a la acción terapéutica, comportamiento epidemiológico, enfermedades asociadas y estado nutricional, estado inmunitario, etcétera. Es necesario establecerlo a corto, mediano o largo plazos en dependencia de la enfermedad que se trate. Para ello se necesita de experiencia profesional y conocimientos. "Una misma enfermedad no evoluciona igual en diferentes pacientes." El pronóstico es muy individual y no como a veces vemos el mismo en diferentes pacientes que tienen la misma enfermedad.

7- Establecer la conducta

La conducta se clasifica en: Conducta diagnóstica y conducta terapéutica.

Conducta diagnóstica: Consiste en la realización de una serie de investigaciones paraclínicas que nos ayude a confirmar nuestra hipótesis diagnóstica y también nos ayude a descartar otras enfermedades del diagnóstico diferencial. Nos auxilie a definir la etiología de muchas enfermedades. Nos permite identificar el agente en las enfermedades infecciosas y variar en determinado momento nuestro juicio pronóstico.

Requiere también conocimientos y experiencia por la necesidad de saber lo que estamos buscando y no un disparo loco de una serie de investigaciones que, muchas veces, algunas son hasta agresivas y iatrogénicas para el enfermo (radiaciones, instrumentaciones necesarias). La conducta diagnóstica es necesario iniciarla desde el Servicio de Urgencia donde nos enfrentamos por primera vez al enfermo, pues de ello dependen acciones terapéuticas inmediatas

antes de ser hospitalizado. En resumen, qué investigaciones indicaremos a nuestro paciente.

Conducta terapéutica: Importantes son las acciones terapéuticas por emprender, basándose en nuestro diagnóstico. No es describir el tratamiento impuesto. Es enumerar los tipos o acciones terapéuticas que vamos a emprender con el enfermo, punto de partida para seguir su evolución, donde se evalúa la respuesta terapéutica entre otros aspectos. Dan respuesta a la solución de los problemas fisiopatológicos: Tratamiento higiénico dietético, medidas generales, tratamiento de apoyo en caso de compromiso vital, tratamiento sintomático, tratamiento específico, tratamiento rehabilitador, tratamiento de sostén, tratamiento de complicaciones, entre otros. Por ejemplo, un paciente en crisis severa de Asma Bronquial se justificaría la postura, la dieta, el aporte hidroelectrolítico, uso de broncodilatadores por vía inhalatoria o parenteral, empleo de esteroides, antimicrobianos, según el caso, vigilancia de la mecánica ventilatoria, apoyo psicológico, ambiente que requiere. Como vemos, no hemos mencionado un solo medicamento, sino de forma general hemos expuesto el enfoque terapéutico. En caso de pacientes en los que haya que emprender por su diagnóstico alguna acción terapéutica de tipo quirúrgica, se hace necesario expresar el tipo de intervención. No podemos pasar por alto tampoco en estos momentos la Medicina alternativa y sus recursos.

Es el final de nuestro ejercicio científico; de ello depende la cura, mejoría y/o recuperación del enfermo, inclusive la muerte.

Discusión diagnóstica en casos con enfermedades ya diagnosticadas y otras situaciones

Hay situaciones clínicas muy frecuentes en la práctica médica que requieren de un enfoque diferente. No se trata de discutir algo que no conocemos en ese momento sino algo conocido que ha sido hospitalizado por determinadas situaciones. Se trata de enfermedades, en las cuales hay que discutir la causa de su descompensación, inestabilidad, descontrol, complicaciones o empeoramiento en su evolución. Recordemos también que existen en Medicina factores desencadenantes, precipitantes y agravantes. Ejemplo: Un paciente diabético conocido, en quien hay que discutir estados que fomentan hiperglicemia como el aumento de la ingesta dietética, limitación de la actividad física, reducción del tratamiento hipoglicemiante, falta de disponibilidad del medicamento, infecciones, isquemia o infarto del miocardio o de otros tejidos, interacciones farmacológicas, etcétera. En la edad geriátrica a veces no se cumple una sola afección que justifique todo lo del paciente. Recordemos que en el anciano existe lo que se conoce como Síndrome de Patología Múltiple. Discutir los casos teniendo en cuenta los grandes síndromes del anciano. En el caso de estados confusionales agudos, hay que recordar que existen detonadores de los

mismos como infecciones, trastornos hidroelectrolíticos, interacciones farmacológicas, entre otros.

Existen discusiones Diagnósticas, centradas en la Semiología. Por ejemplo: Tenemos un paciente que tiene solamente un síntoma o signo y en este caso no puede seguirse el esquema partiendo de un síndrome. Entonces la discusión se centra en la discusión semiológica de ese síntoma. Tal es el caso de una hemoptisis, un vértigo, una disfagia, hipo persistente, constipación, etc.

Existen Discusiones Diagnósticas centradas en investigaciones paraclínicas donde la persona en cuestión no tiene síntomas. Por ejemplo: discutir una eosinofilia, una imagen nodular pulmonar en una radiografía de Tórax fortuita, una arritmia cardíaca en el electrocardiograma sin síntomas y puede ser expresión de enfermedades cardíacas y no cardíacas, una anemia, una velocidad de sedimentación globular acelerada, una imagen ecográfica, una hiperglicemia, una serología reactiva, una leucocitosis inclusive en cifras de reacción leucemoide o una leucopenia.

Podemos encontrar también discusiones formuladas en forma de problemas de salud identificados en el paciente. Partiendo de ellos, establecer nuestro diagnóstico probable, hacer diagnósticos diferenciales y trazar la conducta. Esta modalidad, que no es incorrecta, si se manejan los principios establecidos al inicio, la observamos con frecuencia en especialidades paraclínicas, en geriatría. Es menos extensa y, a veces, más objetiva. Se aplica mucho a la atención médica comunitaria.

En conclusiones la esencia de la presentación de este tema radica en su carácter metodológico a través de una argumentación didáctica sistemática. Su función primordial radicará no solo en la explicación del contenido abordado, sino en exponer "cómo" puede ser transmitido a los alumnos de la mejor forma con su justificación pertinente. Es necesario un balance adecuado entre la explicación y la demostración en la práctica.

El tipo de práctica médica vigente ha constituido una guía en la conducción del proceso formativo del médico en sus diferentes épocas liderada por los grandes maestros que aún conservamos, por lo que ella ha influido de manera determinante en la educación médica donde deben evitarse las omisiones o errores de procedimientos que pueden provocar incorrectas actuaciones en los futuros egresados.

La tarea docente constituye una herramienta de gran utilidad para el desarrollo de las habilidades profesionales, las cuales deben organizarse a partir de las operaciones que debe ejecutar el estudiante para conformar la adquisición de la habilidad donde el profesor se convierte en el modelo a imitar por lo que deberá exhibirse una práctica médica consecuente con lo declarado en el perfil, como vía idónea para evitar procedimientos erróneos.

Capítulo 4 Habilidades clínicas y su evaluación académica

(Roger Ruiz Moral, 2017) en su investigación enfocada en enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la facultad de medicina realizada en Francisco de Victoria, Madrid. En donde, hace mención sobre como la comunicación clínica ha sido aceptada como un contenido importante de los planes de estudio de medicina y reconocida como una competencia esencial por los organismos de acreditación y las organizaciones internacionales de educación médica. La formación en habilidades de «comunicación clínica» requiere que el estudiante ensaye con «pacientes simulados» bajo supervisión y observación directa y reciba un feedback específico y personalizado. Ello exige un programa de enseñanza en grupos pequeños, a través de un aprendizaje experiencial, impartido por profesores médicos especializados en la materia, de forma integrada con el resto de las habilidades clínicas, esto es, no mediante intervenciones puntuales, sino a lo largo de toda su formación académica.

Características generales del currículum de medicina

En España los estudios de grado de medicina se prolongan durante 6 años y su estructura general, en la mayoría de las facultades, responde a la clásica división de periodos preclínico y clínico. Se trata de un diseño curricular sustentado en asignaturas independientes que, dirigidas desde departamentos con gran autonomía de decisión, se configuran como bloques de contenidos formativos aislados. El diseño curricular general de la Facultad de Medicina de la UFV sigue también un esquema tradicional, respetando así los requerimientos generales de la normativa legal universitaria y las directrices de la Agencia de Acreditación Nacional. Sin embargo, en este diseño se han dado ciertas particularidades de tipo organizativo y de oportunidad que han facilitado una mayor integración del currículum en función de unos objetivos generales bien definidos en su declaración de misión, particularizados a través de objetivos de aprendizaje concretos.

Entre los diferentes objetivos a alcanzar, los responsables del proceso de diseño curricular plantearon evitar la redundancia de contenidos entre temas y asignaturas, y conseguir transiciones suaves y lógicas de un curso a otro. El diseño curricular se estructuró como un mapa articulado en 4 itinerarios competenciales básicos que intentan desarrollar algunas dimensiones del perfil

competencial, en ocasiones, insuficientemente garantizadas en los programas tradicionales:

- 1) Habilidades interpersonales y de comunicación.
- 2) Entrenamiento clínico efectivo (habilidades y razonamiento).
- 3) Humanismo médico, valores profesionales y ética clínica.
- 4) Investigación clínica.

Cada uno de estos itinerarios se configura con elementos docentes (educativos y evaluativos) de diversas asignaturas, que se emplean reiterando los impactos docentes en distintos momentos del currículum para alcanzar y evaluar de forma conjunta y progresiva ciertos objetivos-clave de aprendizaje en el perfil del graduado.

Así, muchas de las asignaturas del currículum contienen elementos de cada uno de los 4 dominios de forma no exclusiva, aunque algunas resulten particularmente importantes en cada uno de ellos. Con el objetivo integral y declarado de formar alumnos capaces de ofrecer una «atención clínica centrada en la persona», esta reformulación del currículum pretende una aproximación docente centrada en el estudiante y basada en los problemas clínicos y la evidencia científica. Todo ello supone que los estudiantes no sean considerados como receptores pasivos de conocimiento, sino como sujetos activos que deben resolver problemas complejos, por lo que se debe priorizar una formación que les estimule para este fin, ayudándoles a pensar, a afrontar racionalmente los problemas, animándole a que contribuyan con sus propias estrategias. Este enfoque requiere de una enseñanza en grupos pequeños con alta interactividad, en los que el componente actitudinal es importante y donde la atención a los sentimientos y las emociones de los estudiantes sea considerada, respetada y forme parte de los propios objetivos docentes.

Características generales del currículum de comunicación clínica

- 1) Los objetivos de aprendizaje de la enseñanza en comunicación clínica se extraen de la evidencia disponible o ampliamente consensuada por grupos de expertos internacionales.
- 2) El itinerario docente pretende mantener un continuum a lo largo de todos los años del grado. La investigación muestra efectos positivos tanto de una formación repetida en diferentes niveles del aprendizaje del estudiante (de tipo helicoidal), como integrada con el resto de las habilidades clínicas, frente a los cursos cortos e intensivos en la materia.
- 3) La enseñanza comienza con las habilidades básicas para la interacción entre personas, contextualizada en el ámbito de las experiencias personales comunes del estudiante novel y útiles en cualquier tipo de interacción, para incluirlas

después gradualmente en contextos propiamente sanitarios, esto es, en el marco de la entrevista médica, con el objetivo de adquirir destrezas para realizar una historia clínica genérica que, progresivamente, incorporará objetivos de salud concretos y específicos en función del tipo de problema de salud abordado, del tipo de paciente atendido o del tipo de situación clínica en la que el estudiante desarrolle su tarea.

Para ello, el estudiante es expuesto desde estadios precoces de su formación (desde los cursos preclínicos) y de forma progresiva a los diferentes contextos sanitarios en los que ejercerá su futura labor como médico, primero con un papel puramente observacional y reflexivo centrado en los contenidos generales comunicativos (escucha activa, empatía) o relevantes médicamente (valorar la experiencia de enfermedad, el impacto en la familia, la respuesta del sistema sanitario), para, posteriormente, entrenar y desarrollar activamente habilidades comunicativas generales y específicas en contextos simulados y, finalmente, incorporar estas habilidades al trabajo en contextos clínicos reales.

Breve visión del currículum de comunicación clínica

Aunque existe un número cada vez mayor de facultades de medicina españolas que siguiendo la normativa legal están introduciendo habilidades comunicativas en la enseñanza de grado, no hemos encontrado descripciones detalladas de la forma en la que estas experiencias docentes se están llevando a cabo, más allá de algunas puntuales.

Primer año: habilidades de comunicación básica para la interacción humana

Este primer contacto tiene lugar dentro de la asignatura de «Habilidades y competencias interpersonales». Los objetivos generales de esta asignatura pretenden introducir al alumno en los componentes de una buena comunicación interpersonal y reflexionar sobre la forma que tiene de comunicarse con los demás. Se pretende que junto a esta tarea de autoconocimiento el alumno reflexione también sobre la forma de dirigirse a los pacientes, a los familiares, a los medios de comunicación y a los profesionales. Igualmente, estas habilidades son utilizadas para el trabajo en equipo.

A los alumnos se les introducen los contenidos de comunicación, los aspectos clave para establecer y mantener la relación con los pacientes y en el equipo, resaltando el papel de la empatía, la escucha activa, la autenticidad, el respeto y el lenguaje no verbal. Sin embargo, el componente práctico y reflexivo representa el aspecto esencial de este entrenamiento. Los alumnos inician rotatorios prácticos en los centros de atención primaria y los hospitales, con el objetivo de realizar una observación dirigida y con la tarea de redactar al menos 2 incidentes críticos sobre aspectos significativos para ellos ocurridos en el contexto de la atención clínica que habrán observado. Esta observación y reflexión está dirigida sobre todo a aspectos de la comunicación, el trabajo en equipo, la organización

sanitaria, el tipo de problemas de salud que presentan los pacientes y sus familiares, incluyendo los sentimientos, emociones, temores que les suscitan, así como valores implicados.

Los incidentes son «subidos» a un blog y utilizados después como material práctico para los seminarios. Un estudio preliminar realizado con nuestros alumnos sobre su capacidad para detectar aspectos significativos en las interacciones clínicas mostró una gran variedad de conductas comunicativas de los profesionales y los pacientes y sus familiares objeto de evaluación y reflexión crítica por parte de los alumnos.

Segundo año: el médico ante la experiencia y el sufrimiento que origina la enfermedad

Dentro de la asignatura de «Psicología» los objetivos relacionados con las habilidades comunicativas trabajados tienen que ver con 2 aspectos: por un lado, las cualidades que debe poseer un profesional médico para establecer una adecuada y eficaz relación con el paciente y, por otro, los componentes subjetivos de la enfermedad para los pacientes: la experiencia de enfermedad y la empatía como estrategia para comprender esta experiencia.

Las metodologías docentes utilizadas para ello son también aquí la inmersión en la práctica clínica, en este caso en contextos clínicos de atención primaria, cuidados paliativos y psiquiátricos con objetivos específicos relacionados.

Los estudiantes realizan una memoria reflexiva sobre sus experiencias en esos contextos clínicos en relación con la experiencia de enfermedad de los pacientes y familiares, que han de plasmar en un portafolio y que posteriormente es objeto de discusión en grupo. Mediante un taller específico con una paciente simulada los alumnos experimentan personalmente los contenidos de una entrevista clínica que aborda los aspectos subjetivos del enfermar.

En la asignatura de «Antropología» el componente práctico se ubica en la rotación de cuidados paliativos, donde además del objetivo comunicacional se incluye el humanístico, lo que implica que el estudiante entienda el sufrimiento humano como una experiencia integral que trasciende la dimensión física y que, particularmente en estos contextos, frecuentemente incluye elementos psicosociales y espirituales.

Tercer año: la entrevista médica, el método clínico centrado en el paciente

Dentro de la asignatura de «Métodos clínicos I» los alumnos aprenden el modelo genérico de una entrevista médica centrada en el paciente, cuyos aspectos teóricos están descritos en el libro Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica.

El objetivo es que los alumnos articulen el uso conjunto de habilidades comunicativas básicas de contenido para obtener información clínica relevante a través de la historia clínica o anamnesis con las habilidades de proceso (forma de comunicar), para establecer una relación médico-paciente eficaz clínicamente, escuchando la historia del paciente y detectando y respondiendo adecuadamente a las «claves contextuales». Deberán empatizar y realizar un proceso de transmisión de información adaptado a las necesidades del paciente, y a la vez estructurar y organizar adecuadamente la entrevista gestionando el tiempo disponible para la misma.

Esta formación se lleva a efecto mediante 3 diferentes estrategias docentes:

- a. Los alumnos participan en 4 sesiones de 2 horas de tipo demostrativo utilizando situaciones gatillo: vídeos y casos clínicos con los que los alumnos trabajan en pequeños grupos a los que se sigue de puesta en común mediante discusión y aporte de evidencias.
- b. Posteriormente en el Centro de Simulación Clínica los alumnos asisten en grupos de 14-15 a 2 talleres de 2 horas cada uno en el que cada alumno paulatinamente va entrevistando a un paciente simulado (PS), mientras el resto observa la interacción. Tras cada encuentro el alumno entrevistador recibe feedback de sus compañeros, del PS y del profesor facilitador.
- c. Finalmente, todos los alumnos realizan hasta 3 encuentros individuales con 3 PS que son videograbados (mediante el Programa Learning Space/CAE Healthcare). Tras cada encuentro el alumno realiza una autoevaluación de su entrevista de tipo cualitativo (comentarios personales) y cuantitativo (mediante planilla evaluativa con las habilidades) que compara con la evaluación realizada por el PS y el profesor facilitador, del que recibe feedback personalizado escrito.

Las prácticas las realizan los alumnos en los centros de atención primaria (asignatura de «Medicina de familia») y en los hospitales (asignatura de «Patología general») donde tienen la oportunidad de observar a sus tutores clínicos y recibir feedback de estos en los aspectos de contenido clínico (historia clínica) y comunicativos.

Cuarto año: emociones en la consulta y situaciones específicas

Simultáneamente con el estudio de los síndromes y entidades nosológicas, la asignatura de Métodos clínicos II introduce a los alumnos en el abordaje de las emociones en la consulta y las formas de apoyarlos; para ello los alumnos trabajan situaciones específicas como dar malas para el cambio de conducta, al objeto de que el estudiante adquiera, sobre todo, habilidades específicas para

motivar a los pacientes, pero también habilidades para alcanzar acuerdos y compartir decisiones. Las estrategias docentes utilizadas aquí son las mismas que las usadas en Métodos clínicos I y siguen el esquema de aprendizaje de habilidades.

Quinto y sexto año: situaciones específicas

Junto al desarrollo de las asignaturas con contenidos médico-quirúrgicos tienen lugar seminarios con los alumnos para practicar habilidades comunicativas específicas como son: la entrevista psiquiátrica, estrategias comunicativas en pacientes con personalidad límite, la entrevista pediátrica, la entrevista con el adolescente, o la realización de una historia sexual.

Durante el último año se pretende implantar la integración de los aspectos «médicos» y los «comunicativos» de la consulta. Los estudiantes deberán realizar un mínimo de consultas con pacientes simulados en los que deberán poner en práctica los principios específicos de la comunicación asistencial en el momento de abordar los desafíos médicos propios de una consulta, como el razonamiento clínico, hacer un diagnóstico, negociar con el paciente y/o la familia y decidir sobre las mejores opciones de tratamiento.

(Gutiérrez Cirlos, 2020) en su investigación desarrollada sobre los modelos de educación médica en escenarios clínicos, desarrollada en la ciudad de México. En donde se hace mención sobre el enseñar y aprender en los escenarios clínicos, sean estos formales o informales, es una tarea fundamental del personal de salud. Estos espacios son propicios para el establecimiento de relaciones de enseñanza y de aprendizaje entre el personal de la salud y los estudiantes de pregrado y posgrado.

Las oportunidades de aprendizaje en entornos clínicos son mucho más diversas y realistas que las que se pueden encontrar en textos, en las aulas o en herramientas digitales, pues nada iguala a la experiencia real del aprendizaje clínico que se da «junto a la cama del paciente». Además, ciertas maniobras prácticas, aunque sencillas (como tomar una muestra de sangre venosa), sólo pueden terminarse de enseñarse en un espacio clínico. En este artículo se revisan

algunos principios generales de la enseñanza en ambientes clínicos, que incluyen identificar las necesidades del estudiante, enseñar de acuerdo con un modelo y dar una realimentación adecuada. La utilización de metodologías sistemáticas con evidencia de validez para la enseñanza en contextos clínicos permite un aprendizaje y retroalimentación más completos y uniformes en estudiantes que asisten a distintos espacios del sistema de salud. Se revisan algunos de los modelos más frecuentemente utilizados en escenarios clínicos: BEDSIDE, SNAPPS, IDEA y el tutor de un minuto.

Presentando de forma sintética la metodología, contexto de aplicación, evidencia de validez y limitaciones de estos modelos.

1) Asegure la comodidad de los pacientes.

Uno de los objetivos principales de la enseñanza en espacios clínicos es mantener al paciente en el centro del proceso diagnóstico y terapéutico durante el aprendizaje. Así, es importante tomar algunas medidas que enfatizan este aspecto. En primera instancia, es una buena práctica pedir con antelación el consentimiento del paciente para participar en actividades de enseñanza; las motivaciones son, además de los principios éticos (el paciente puede con mayor libertad expresar una negativa ante algo que se le solicita de antemano), preparar al paciente para saber qué esperar de estas actividades de enseñanza, en cuanto a la logística y los objetivos. También es recomendable presentar brevemente ante el paciente a todos los presentes por parte del equipo médico (incluyendo estudiantes). Los pacientes se sienten más cómodos si se evitan tecnicismos médicos, así como si se les explican los hallazgos clínicos y se clarifican sus dudas. Es mejor evitar hacer preguntas teóricas o contra fácticas a los estudiantes que presencian la sesión, para no confundir al paciente y no exponer a los asistentes a un momento incómodo; tales discusiones pueden quedar pendientes para ser abordadas en otro espacio, como una sala de juntas.

2) Identifique las necesidades del estudiante de forma individual.

En otras palabras, es de máxima importancia adecuarse al nivel de conocimiento del estudiante que va a recibir el aprendizaje, para no desperdiciar tiempo en algo que pudiera resultar demasiado básico o, por el contrario, estar todavía fuera del margen de lo que el estudiante está listo para aprender. Para lo anterior se requiere hacer las preguntas adecuadas y tener la habilidad para escuchar y observar. Entre más dirigidos sean los cuestionamientos, más fácil se podrá identificar el nivel de conocimiento del residente en formación. Algunos ejemplos de preguntas serían las siguientes (suponiendo distintos escenarios clínicos en cada caso):

- ¿Qué datos clínicos hacen más probable el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar?
- ¿Qué tan probable sería el diagnóstico de hipertiroidismo en una persona con bocio y taquicardia sinusal?
- ¿Cómo se valora la presencia de compresión radicular?

Una vez que la evaluación de los conocimientos previos resulte satisfactoria, es conveniente observar durante algunos minutos el desempeño del aprendiz. Así, el educador tendrá mayor claridad con respecto a las necesidades del estudiante: cómo encaminarlo hacia el diagnóstico, qué información le hace falta, qué datos no sabe interpretar y cuál es la retroalimentación más oportuna.

Es importante notar que, para que la dinámica de observación y retroalimentación del estudiante sea satisfactoria, es recomendable que el profesor indique que la observación es con fines de enseñanza y que el estudiante entienda cómo funciona dicha observación. Durante la observación, es deseable que el profesor no esté en el campo visual del enfermo y debe evitar intervenir. Se debe otorgar tiempo suficiente para una discusión de retroalimentación posterior a la observación, enfatizando en lo que el estudiante hizo bien, pero también en lo que puede mejorar y lo que es recomendable que estudie de forma independiente.

3) Enseñe de forma eficiente: utilice un modelo de enseñanza en escenarios clínicos.

Utilizar un método sistemático o modelo de enseñanza hará más eficiente el proceso de enseñanza, ya que permitirá ahorrar tiempo y hará más claro el mensaje para el estudiante. Existen múltiples modelos de enseñanza descritos en la literatura y en cursos en línea que pueden ser usados para enseñar en distintos contextos particulares. Algunos ejemplos de estos modelos de enseñanza son las demostraciones activas, la presentación de casos al lado de la cama del enfermo, así como otras metodologías más sistematizadas: «tutor de un minuto», «SNAPPS», «BEDSIDE», «IDEA» y «CARE», que se abordan con mayor detalle en secciones posteriores de este artículo.

4) Brinde una retroalimentación del desempeño.

Asegurar la consolidación del aprendizaje implica una retroalimentación apropiada. El concepto de retroalimentación («feedback», en inglés) incluye también el término difícil de traducir «debriefing», que se utiliza en la educación médica con simuladores; algunos autores consideran que ambos términos podrían agruparse en un concepto único e integrador: «conversaciones de aprendizaje».

La medicina «se aprende al lado de la cama del paciente, y no en el aula. Mucha de la enseñanza proviene del paciente», frase atribuida a Sir William Osler en 1892. La interacción entre profesor, estudiante y enfermo debe ocurrir de forma continua para lograr un mejor aprendizaje. El profesor puede ser el médico tratante, médicos residentes de mayor jerarquía; el aprendiz puede ser un residente de menor jerarquía o un estudiante de pregrado y el paciente incluye también a los familiares. Todo el proceso ocurre en un contexto específico al escenario clínico, como puede ser el quirófano, la unidad de cuidados intensivos, la sala de urgencias o la consulta externa.

El modelo del tutor de un minuto (modelo de Neher)

Este es uno de los modelos de enseñanza clínica más conocidos e investigados; fue desarrollado en 1992 por médicos y profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington y es conocido como el modelo de Neher. Su finalidad original era un esquema de enseñanza que sirviera de guía para profesores que empezaban a dar clases clínicas a médicos residentes, en el ámbito de la medicina familiar. La base teórica del modelo del tutor de un minuto se sustenta en una investigación previa que identificó los comportamientos de enseñanza clínica más utilizados.

Método: el modelo del tutor de un minuto identifica las necesidades individuales del estudiante y da retroalimentación con un abordaje en cinco pasos, donde cada uno involucra una micro habilidad: 1) establecer un compromiso; 2) buscar evidencia y posibles explicaciones alternativas; 3) enseñar principios generales; 4) otorgar realimentación positiva acerca de lo que el estudiante hizo correctamente; 5) corregir los errores mediante sugerencias para mejorar. El modelo del tutor de un minuto está diseñado para llevarse a cabo en alrededor de 5 minutos; la secuencia específica está diseñada para maximizar el aprendizaje incluso si la experiencia se viera interrumpida por alguna razón. Se ha encontrado que el uso de este modelo optimiza el tiempo dedicado a la enseñanza por parte de médicos clínicos.

Contexto de aplicación: hasta ahora, se ha reunido suficiente evidencia para mostrar que la aplicación del modelo del tutor de un minuto es útil en diversos contextos, tanto en la atención ambulatoria como hospitalaria, en distintas especialidades, e incluso ha trascendido hacia la enseñanza en enfermería. En general, el modelo puede ser aplicado en escenarios con tiempo limitado, en los que adquirir un compromiso, encontrar evidencia y dar retroalimentación positiva, es útil, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico.

Evidencia de validez: la aplicación de este modelo ha sido evaluada experimentalmente, una intervención educativa de una hora ya muestra una diferencia estadísticamente significativa en las habilidades de enseñanza de médicos residentes, quienes, además, desarrollan una opinión positiva del

modelo. También se ha documentado una mejoría en la calidad de la retroalimentación por parte de los académicos que acuden a algunos seminarios breves basados en este esquema.

Limitaciones: No se ha encontrado que este modelo tenga un impacto en mejorar la empatía, comunicación o profesionalismo. Además, el modelo del tutor de un minuto se centra en el educador, por lo que no estimula directamente la independencia y autorregulación del estudiante.

Modelo SNAPPS

SNAPPS es el acrónimo en inglés de “Sintetiza, Reduce, Analiza, Sondea, Planea y Selecciona” (Summarize, Narrow down, Analyze, Probe, Plan y Select). Después del modelo del tutor de un minuto, SNAPPS es el modelo de enseñanza clínica con mayor evidencia de validez. Una de las características principales de SNAPPS es su enfoque centrado en el estudiante, contrario al modelo del tutor de un minuto. En general, se puede pensar en este modelo como complementario al del tutor de un minuto, para lograr un balance entre la retroalimentación del experto y la independencia del aprendizaje autorregulado.

Otros modelos

Se han desarrollado y descrito muchos otros modelos para la enseñanza de la clínica, pero pocos de ellos tienen un nivel de evidencia equiparable a los que se discuten más arriba. En los siguientes párrafos, mencionaremos brevemente la forma de aplicación de algunos otros modelos de enseñanza clínica.

Modelo BEDSIDE. Este modelo, desarrollado por la Dra. Elizabeth Morrison, se encuentra disponible en línea. Al igual que el modelo del tutor de un minuto, BEDSIDE se basa en el modelo de las micro habilidades desarrollado por Will Neher. BEDSIDE es un acrónimo de las siete micro habilidades que incluye este modelo:

- Briefing (Sesión de instrucciones). En este primer paso se debe preparar al estudiante y al paciente para explicar los roles de los involucrados. En los siguientes pasos, se mejora el encuentro inicial. Primero se deben presentar todos los miembros del equipo con el paciente y viceversa, puede haber interrupciones por cualquiera de las partes. El paciente puede corregir y contribuir al proceso. Es recomendable cuestionar al estudiante con preguntas abiertas; estas preguntas deben ser de acuerdo con la jerarquía del miembro del equipo: las preguntas fáciles se dirigen a los inexpertos y las difíciles, a los más experimentados. Finalmente, se debe enseñar en todos los niveles de comprensión.
- Expectations (Expectativas). Se deben considerar las metas de aprendizaje del estudiante, tales como: comunicación, dar malas noticias, recabar los datos de la historia clínica o la exploración física. Es recomendable llegar a un acuerdo acerca de por qué es importante aprender ese tema en la sesión.
- Demonstration (Demostración). Si la finalidad es observación y realimentación, observe al estudiante interactuar con el paciente e interrumpa lo menos posible. Si su meta es enseñar habilidades clínicas, permita que el estudiante lo vea interactuar con el paciente. Es recomendable que organice lo que demuestra, para facilitar el aprendizaje. Haga preguntas que estimulen el pensamiento, el conocimiento y las habilidades técnicas.
- Specific feedback (Realimentación específica). La realimentación debe estar centrada en el estudiante; se recomienda siempre empezar por los aspectos positivos. Además, se debe explicar al estudiante cómo mejorar sus

habilidades clínicas, con énfasis en la reflexión y autoevaluación. Al terminar esta realimentación, haga un plan de acción.

- Inclusion of “microskills” (Incluya las micro habilidades). Si aplica, incluya el modelo de las micro habilidades o tutor de un minuto.
- Debriefing. (Aclarar dudas) Comience por lo dicho por el estudiante y por el paciente. Aclare todas las dudas que puedan surgirles. Si la realimentación es extensa, se recomienda realizarla en un área diferente, solo con el estudiante.
- Education (Educación). En este último paso, se indica al estudiante qué otros recursos pueden ser utilizados para promover el aprendizaje autodirigido.

El modelo de la tía Minnie se basa en la heurística de representatividad. La idea es «si ves a alguien que se parece a tu tía Minnie, seguramente es tu tía Minnie». El modelo trata de enfatizar en los hallazgos clínicos más característicos de una enfermedad, para poder diagnosticarla de forma casi automática cuando se identifique en un paciente en el futuro. Funciona mejor cuando se trata de Augenblickdiagnosen (diagnósticos instantáneos), es decir, de presentaciones típicas de una enfermedad, y debe tenerse cuidado para transmitir al estudiante el uso correcto de los hallazgos clínicos y no dirigirlo a diagnósticos sesgados.

El modelo IDEA se planteó originalmente como una herramienta para evaluar el desempeño de los estudiantes al reportar hallazgos encontrados en un paciente, así como su razonamiento clínico y habilidades de toma de decisiones. Es un instrumento de 15 ítems que alcanzó un grado de validez moderada y que puede servir para orientar la retroalimentación que se da a los estudiantes. El modelo consiste en que el estudiante presente brevemente el cuadro clínico del paciente estructurando la síntesis en cuatro partes:

- Interpretación clara y concisa del caso.

- Diagnóstico diferencial.
- Explicar el razonamiento.
- Alternativas diagnósticas.

El modelo CARE resume en un acrónimo cuatro factores fundamentales que se deben tener en cuenta en el encuentro de enseñanza clínica y que son similares a los que considera el modelo del tutor de un minuto:

- Clima (o ambiente) adecuado: investigar y acotar en primera instancia las expectativas del estudiante (y del enfermo).
- Atención: mantener la concentración del estudiante con sesiones cortas, preguntas dirigidas, enseñanzas y demostraciones breves.
- Razonamiento: enfatiza en el proceso diagnóstico, la generación de hipótesis y de preguntas importantes en el contexto clínico del paciente.
- Evaluación: el proceso termina con la retroalimentación oportuna, como la que ya se ha descrito en el modelo del tutor de un minuto.

DIAGNOSTICAME es un acrónimo desarrollado por médicos mexicanos y que se propuso para facilitar el proceso de diagnóstico diferencial³². Los creadores de esta mnemotecnica sugieren tener en cuenta las siguientes posibilidades etiológicas en el proceso diagnóstico:

- Degenerativa o deficiencia.
- Infecciosa o inflamatoria.
- Autoinmune.
- Genética o congénita.
- Neoplásica.
- Ocupacional o ambiental.
- Simulación, trastornos facticios (somatización o conversión).

- Trauma o toxinas (incluyendo drogas y medicamentos).
- Iatrogénica o idiopática.
- Cardiovascular.
- Alérgica.
- Metabólica.
- Endócrina.

Existen también algunos modelos de enseñanza de procedimientos o habilidades clínicas o quirúrgicas, pero son más bien empíricos y anecdóticos y con poca evidencia de validez. Entre estos se encuentran la demostración activa y «ve una vez, haz una vez, enseña una vez».

En este artículo, se describieron diversos modelos de la educación en espacios clínicos que pueden ser aplicados en numerosas áreas médicas y quirúrgicas, enfatizando en aquellos en los que está descrito el método, su contexto de aplicación, la evidencia de validez y sus limitaciones. Esta revisión no es un análisis exhaustivo de la literatura, sino más bien un aporte para los médicos que, como prácticamente todos, estamos en algún momento vinculados con procesos de enseñanza-aprendizaje en el pregrado y posgrado en los diferentes escenarios clínicos. La discusión que incluimos puede resultar de particular interés para los médicos que se dedican a la enseñanza, pero tienen poco tiempo para planear y desarrollar una sesión por sus actividades clínicas, así como para los médicos residentes que, durante un periodo prolongado de su formación, reciben e imparten enseñanza a otros médicos residentes

El razonamiento clínico con enfoque didáctico

(María del Carmen López, 2020) en su investigación desarrollada sobre el razonamiento clínico con enfoque didáctico realizado en Montevideo, en donde se hace refiere un proceso cognitivo que permite al profesional de la salud

establecer diagnósticos, tomar decisiones y definir planes de tratamiento. En la bibliografía existen diferentes concepciones sobre el razonamiento clínico. El objetivo del presente estudio plantea evaluar la evidencia disponible en la literatura sobre el razonamiento clínico como una estrategia de enseñanza para la resolución de los problemas en el área salud. La revisión de la literatura se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, Timbó, SciELO y Cochrane Library, sin restricciones de año o tipo de estudio. Se analizan las formas de razonamiento y como enfoque didáctico se presenta una síntesis de herramientas y metodologías para promocionar el razonamiento de los estudiantes en la práctica clínica. El aprendizaje es un proceso constructivo que se produce cuando lo que se enseña es útil y significativo para el estudiante y cuando este participa activamente en la adquisición de sus propios conocimientos, relacionando lo que está aprendiendo con conocimientos y experiencias anteriores. Las conclusiones certifican que las distintas formas de razonamiento contribuyen a las decisiones finales que alcanzan tanto novatos como expertos y les permiten a los profesionales de la salud un proceso efectivo de razonamiento clínico.

(Roger Ruiz Moral, 2015) en su investigación “Un Método de 7 pasos para Enseñar Habilidades Clínicas”, realizada en España, en donde uno de los objetivos docentes más importantes que tienen los estudiantes primero y los residentes después es aprender habilidades clínicas. Sin embargo, este ámbito de la docencia sigue siendo la cenicienta de las instituciones de enseñanza y el Talón de Aquiles de los clínicos con responsabilidad docente. En el grado sigue dominando muy por encima de cualquier otra metodología docente la clase magistral y son muy puntuales los laboratorios de habilidades que realmente resultan operativos.

En la residencia, donde ya no puede demorarse más este tipo de enseñanza, esta se lleva a cabo mediante el método ensayo-error en la gran mayoría de los casos con...los propios pacientes. Dentro de poco esto va a ser imposible de hacer porque va a estar prohibido por ley. Los problemas con los que se encuentran los clínicos docentes y tutores son al triple, por un lado, la falta de tiempo para dedicar a que el residente aprenda una habilidad de forma eficiente y segura, luego la falta de método para enseñar esta habilidad y finalmente la falta de recursos que hagan posible la enseñanza de la habilidad, como decimos de forma eficiente y segura.

La percepción de auxiliares de la enseñanza y estudiantes del ciclo clínico de la carrera de medicina de la FCM-UNA, sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje del método clínico

(Gaceta Médica Espirituana 2012) en su investigación en el Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba, identificando el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas como instrumentación didáctica.

Se describió una propuesta de estructuración interna del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas, por lo cual, a partir del análisis y la crítica de los conceptos más generales referidos a la didáctica de la educación médica superior y del estudio de la implementación de este proceso, se concretó una aproximación a su estructura, en correspondencia con su condición de proceso de enseñanza aprendizaje. Tras el análisis se concluyó que el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas constituye un fundamento esencial del modo de actuación profesional y el núcleo de la formación inicial en la carrera de medicina.

La modelación del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas en los estudiantes de medicina se sustenta en una fundamentación filosófica, sociológica, psicológica y pedagógica en correspondencia con los principios de la educación médica superior cubana. En consecuencia, se reconoce en la dialéctica marxista, íntimamente vinculada a lo mejor del pensamiento pedagógico cubano representado por el ideario martiano, su base filosófica.

Se considera entonces que la educación constituye un fenómeno social con un doble carácter: producto y productora de la sociedad. Desde el punto de vista psicológico, los autores se afilian a la teoría sociohistórico cultural de la formación de la psiquis y reconocen que la excelencia en el desarrollo de las habilidades clínicas se alcanza en un contexto pedagógico tipificado por un enfoque desarrollador de la didáctica.

La caracterización del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas en su estado deseado, requiere profundizar en el estudio de las habilidades desde la didáctica y específicamente, desde la didáctica de la educación superior; “que aunque es una ciencia joven, tiene que dar respuesta a las exigencias sociales de la época, sentar las bases científicas para la formación de los profesionales que puedan dar solución a los problemas y desafíos que como graduados universitarios deben enfrentar y hacer progresar la sociedad en medio de sus contradicciones”.

Al estudiar el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas a partir de su fundamentación didáctica, resulta necesario señalar que en la conceptualización de las habilidades diferentes autores asumen puntos de vista pedagógicos o psicológicos. Entre las definiciones más comúnmente empleadas en la didáctica para referirse a las habilidades se destacan las siguientes:

- “Las habilidades constituyen un complejo pedagógico extraordinariamente amplio: es la capacidad adquirida por el hombre de utilizar creadoramente sus conocimientos y hábitos, tanto durante el proceso de actividad teórica como práctica”.
- “El núcleo de excelencia de cualquier profesional es saber hacer, o sea, el desarrollo pleno de sus habilidades, entendidas éstas como el dominio de las operaciones psíquicas y prácticas que permiten una regulación consciente de la actividad”.
- “Las habilidades, como parte del contenido, encarnan la actividad. El hombre conoce y sabe en la actividad, y a través de ella, integra en las habilidades un conjunto de acciones y operaciones determinado por el objeto que se transforma y estudia. Las habilidades caracterizan, en el plano didáctico, a las acciones que el estudiante realiza al interactuar con el objeto de estudio con el fin de transformarlo, de humanizarlo”.
- “Las habilidades se desarrollan en la actividad, implican el dominio de las formas de actividad cognoscitiva, práctica y valorativa, es decir el conocimiento en acción”.

En estas definiciones se aprecian importantes coincidencias que justifican la consideración, en una conceptualización de las habilidades asumida desde la didáctica, de las siguientes características distintivas:

- Su base psicopedagógica en correspondencia con la teoría de la actividad, desarrollada por Leontiev A.N. en el contexto de la escuela sociohistórico cultural de la formación de la psiquis.
- Las habilidades están constituidas por un sistema de acciones y operaciones que posibilitan la realización exitosa de la actividad. En este sistema de acciones y operaciones se integran los componentes cognitivo-instrumental, afectivo-motivacional y volitivo-regulatorio.
- En las habilidades se materializa la vinculación de la teoría y la práctica. Las habilidades se sustentan en la aplicación práctica de los conocimientos teóricos y a la vez, los conocimientos de los que el individuo se apropia constituyen una premisa para el desarrollo de sus habilidades.
- Existen numerosas clasificaciones de las habilidades. Un grupo de prestigiosos pedagogos cubanos sugiere considerar dos categorías básicas:
- Habilidades generales: Su apropiación conduce a la formación del pensamiento teórico y se clasifican en: intelectuales y docentes.
- Habilidades específicas: Son las propias de una disciplina, oficio o profesión y se relacionan con un determinado modo de actuación.

Las habilidades clínicas son habilidades específicas que caracterizan la actuación profesional del médico.

El término “clínica” proviene del griego “kliniké”, vocablo que significa “lecho” y enfatiza en que “la profesión del médico toma cuerpo frente al lecho del enfermo”. Su acepción más común indica: “ciencia y arte del estudio del enfermo”.

Se trata entonces de habilidades que posibilitan el trabajo práctico del médico con su paciente, expresan la aplicación de los conocimientos propios de las ciencias médicas en un saber hacer específico de la profesión y conforman verdaderos subsistemas que incluyen diferentes procedimientos y técnicas, entre los que se establecen vínculos y relaciones que posibilitan su integración sistémica.

Se considera el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas estructurado en seis etapas, que atienden a los niveles de desarrollo que va alcanzando el estudiante durante su aprendizaje. Para su definición se tuvieron en cuenta los estudios publicados por importantes investigadores cubanos. A continuación, se describen las etapas en cuestión:

- Etapa 1; Objetivación: Pretende que el estudiante se apropie de la importancia de las habilidades clínicas en función de su futuro desempeño, a la vez que se motive e identifique con el cumplimiento de los objetivos del proceso de aprendizaje y con su desarrollo.

- Etapa 2; Familiarización: El estudiante debe ser capaz de lograr un acercamiento inicial a los conocimientos teóricos y procedimentales, las acciones y operaciones que conforman cada una de estas habilidades, y expresarlo de forma verbal.
- Etapa 3; Demostración: El estudiante se apropia del modelo de actuación, lo que le permite dominar los aspectos teóricos, procedimentales y éticos relacionados con cada subsistema de habilidades.
- Etapa 4; Ejercitación: El educando realiza los ejercicios de entrenamiento para dominar la habilidad; inicialmente repite las acciones por indicación y bajo supervisión del profesor y después pasa a la ejercitación independiente de manera individual y en un contexto grupal. Pueden adoptarse estrategias de interacción y ayuda.
- Etapa 5; Ejecución Independiente: El estudiante ejecuta independientemente las habilidades clínicas y las emplea en la solución de tareas docentes relacionadas con los problemas de salud que se expresan en los pacientes que le son asignados y durante la educación en el trabajo.
- Etapa 6; Evaluación: Se pretende que el estudiante sea capaz de autoevaluar la calidad de su actuación y asumir los resultados de la coevaluación, la heteroevaluación y la evaluación externa con relación al desarrollo alcanzado, orientando su perfeccionamiento.

En cada etapa el estudiante de medicina y el profesor implementan acciones entre las que se establecen variados vínculos. A su vez, las diferentes etapas y acciones se concatenan como expresión del carácter sistémico del proceso para configurar la actuación del educando, distinguida por el dominio progresivo del método clínico. En este contexto se define la expectativa de rol con relación a los componentes personales del proceso:

El estudiante de medicina es un agente que participa de manera activa en su aprendizaje. Posee saberes previos resultantes de su trayectoria por el ciclo básico de la carrera y se apropia de las habilidades clínicas durante la educación en el trabajo, en la medida en que interviene, directa o indirectamente, en la prestación de asistencia médica y profundiza en los aspectos referidos a la relación médico-paciente.

En el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas, el estudiante despliega sus estrategias para la apropiación de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales en correspondencia con los objetivos del plan de estudios e interactúa con los demás componentes del proceso.

El profesor es otro de los agentes principales del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas. En la carrera de medicina, el profesor es un médico especialista que además de su trabajo asistencial tiene la responsabilidad social de educar; en correspondencia con ello asume la dirección del proceso de formación inicial.

El profesor es portavoz de una posición política, científica e ideológica clasista y responde con su actuación a las exigencias que la sociedad le plantea. En el cumplimiento de esta misión se prepara, se le exige y evalúa, tanto profesional como socialmente, “siendo portador de una ética que lo obliga moralmente a cumplir con las normas que emanan de la misma”.

Otro de los componentes personales del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas es el directivo docente, quien generalmente es un profesor de experiencia y prestigio encargado de ejercer el liderazgo en la conducción del proceso pedagógico.

La consideración del grupo de estudiantes como componente del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas se corresponde con la importancia que actualmente se le concede en la pedagogía. En el contexto grupal se establecen relaciones e interacciones entre sus integrantes, se comparten objetivos y valores y se configura un propósito común.

Los requerimientos de la labor del profesor para dirigir el aprendizaje de sus estudiantes en el grupo son diferentes a cuando lo hace de manera individual. La tendencia de desarrollo del grupo se manifiesta en la coincidencia de expectativas e interacciones de sus miembros, expresadas en la motivación, sistema de relaciones y actuación.

La caracterización del estado deseado del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas desde la didáctica requiere profundizar también en los componentes no personales. En este contexto, los objetivos expresan las aspiraciones y propósitos que se pretenden alcanzar y presuponen una transformación premeditada y planificada en el estudiante en función del modelo de profesional que se desea formar.

Si se considera que la habilidad es un componente de la actividad, determinar los objetivos en términos de habilidades clínicas implica la necesidad de especificar el tipo de actividad para la cual éstas son requeridas, lo que guarda relación, en el ejercicio de la medicina, con las diferentes modalidades de asistencia médica: atención al adulto, al niño, a la mujer embarazada, a urgencias y emergencias.

En la educación superior, el contenido asume la actualización científica y la cultura general integral requeridas para la formación del profesional y propicia la creación de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos. Como parte del

contenido, para la definición de las habilidades específicas de la profesión del médico se asumen los criterios planteados por autores cubanos que se han destacado en el estudio de la semiología y la propedéutica clínica.

- La anamnesis, entrevista médica o interrogatorio, modalidad de conversación profesional que permite identificar los diferentes síntomas que traducen en la persona la presencia de una enfermedad.
- El examen físico, exploración que practica personalmente el médico a todo individuo a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por la enfermedad, valiéndose sólo de sus sentidos y de pequeños aparatos como el termómetro clínico, el estetoscopio y el esfigmomanómetro.
- Las habilidades de raciocinio o diagnóstico clínico.
- Las habilidades relacionadas con la terapéutica y la rehabilitación del enfermo.

Cada habilidad integra de manera sistémica diferentes acciones y operaciones. Al conceptualizar las habilidades clínicas resulta necesario describir cuáles son las acciones básicas de las que debe apropiarse el estudiante para dominar el “saber hacer” que tipifica su actuación.

La anamnesis (vocablo de origen griego; “llamamiento a la memoria”), interrogatorio o entrevista médica, es la habilidad que permite obtener a través del diálogo que se establece entre el médico y el enfermo, los datos referidos al motivo de ingreso o consulta, la historia de la enfermedad actual, el pasado patológico personal y familiar, género de vida, factores de riesgo y una descripción semiológica de los síntomas propios de los diferentes aparatos y sistemas anatómicos fisiológicos y de los aspectos psicológicos y sociales.

El examen físico se realiza mediante el empleo de las cuatro técnicas básicas de la exploración clínica: la inspección, palpación, percusión y auscultación. Comprende tres procedimientos: examen físico general, examen físico regional y examen físico por aparatos y sistemas.

Las habilidades para el diagnóstico clínico fundamentan el razonamiento científico del médico y adquieren un carácter integrador. Se estructuran mediante una secuencia lógica de acciones y operaciones que incluyen el diagnóstico de los síndromes, el diagnóstico nosológico presuntivo y el diagnóstico confirmado o definitivo. En la confirmación del diagnóstico presuntivo se requiere del empleo permanente de la clínica, la que puede auxiliarse de diferentes exámenes complementarios seleccionados de manera pertinente.

Las habilidades relacionadas con la terapéutica y la rehabilitación integran diversas acciones que reconocen como objetivo la restitución del estado de

salud, la limitación de secuelas, el seguimiento ambulatorio del paciente y su reincorporación a la comunidad. Estas habilidades incluyen el tratamiento preventivo, el tratamiento curativo (medicamentoso o intervencionista) y la rehabilitación laboral, psicológica y social.

En la dinámica de los componentes no personales del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas, los métodos conforman el conjunto de actividades y procedimientos que realizan los estudiantes y profesores mediante los cuales los educandos se apropian de conocimientos y desarrollan sus habilidades y capacidades; “en la educación superior incluyen los métodos de las ciencias de la profesión correspondiente, los métodos pedagógicos y los métodos didácticos”.

En correspondencia con el nivel de independencia que promueve en la actuación del estudiante de medicina, se privilegia el método problémico para el desarrollo de las habilidades clínicas en un contexto de profesionalización. Sus diferentes variantes posibilitan un aprendizaje desarrollador de estas habilidades, en la medida en que su aplicación contribuye a la identificación y solución exitosa de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

En estrecha relación con los métodos, los medios de enseñanza-aprendizaje constituyen elementos facilitadores de este proceso cuya función está encaminada a un mejor logro de los objetivos. Aunque en los últimos años la tecnología educativa registra un acelerado desarrollo en cuanto a medios de enseñanza en ciencias médicas, en el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas nada sustituye hasta hoy al trabajo directo con la persona.

La evaluación académica se define como componente regulador del proceso de enseñanza-aprendizaje.

La evaluación académica del desarrollo de las habilidades clínicas en el estudiante de medicina sólo puede realizarse objetivamente en el proceso de realización de la actividad, que en este caso transcurre durante la educación en el trabajo y específicamente en su actuación con la persona enferma, en riesgo de enfermar o aparentemente sana. La actividad no es solamente la vía por la que se puede determinar el nivel de desarrollo de estas habilidades mediante evaluación, sino también la condición necesaria para su consolidación y perfeccionamiento.

En la dinámica de los componentes del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas, la forma de organización de la docencia representa las distintas maneras en que se manifiesta externamente la relación estudiante-profesor. Ello posibilita la confrontación del estudiante con las habilidades objeto de aprendizaje y desarrollo bajo la dirección del profesor.

La educación en el trabajo constituye la forma de organización de la docencia fundamental en la carrera de medicina; “su principal objetivo es la contribución al desarrollo en los estudiantes, de las habilidades prácticas que caracterizan las actividades profesionales del egresado y presupone una interacción recíproca del estudiante y el profesor en íntima relación con el individuo con quién se aprende”.

En general, puede afirmarse que el proceso de desarrollo de las habilidades clínicas en los estudiantes de medicina se define, en su estado deseado, como un proceso de apropiación, interdisciplinar, complejo e integrador. Un aspecto de primordial importancia en el carácter integrador del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas resulta el establecimiento de relaciones que posibilitan al estudiante aprender mientras trabaja con personas, representadas en la relación médico paciente. La comunicación con el enfermo constituye la base de esta relación, que debe caracterizarse por la identificación afectiva, la ética y una profunda sensibilidad humana.

Bibliografías y links:

Capítulo 1:

<https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/868/1100>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2012/gme123d.pdf>

<http://www.revedumecentro.sld.cu>

<https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-importancia-inteligencia-emocional-medicina-S2007505714727425>

Capítulo 2:

<https://fundamentosdeldiagnostico.com/cap%C3%ADtulo-1-la-adquisici%C3%B3n-y-desarrollo-de-habilidades>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000200005

<http://www.doctutor.es/2018/01/07/metodologia-docente-enseñar-anamnesis-y-comunicación-a-estudiantes-de-3o-de-medicina/>

https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n1/GMM_153_2017_1_006-015.pdf

Capítulo 3:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100017

Capítulo 4:

<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-enseñar-aprender-habilidades-clinica-facultad-S1575181317300736>

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000300096