



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Creagh-Bandera, Rogelio; Cazull-Imbert, Irayma; Creagh-Cazull, Abel
Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica
Revista Información Científica, vol. 99, núm. 2, 2020, Marzo-Abril, pp. 150-159
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764885008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO PEDAGÓGICO

Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica

Learning to ask: a teaching resource for learning medical anamnesis

Rogelio Creagh-Bandera^{1*} 

Irayma Cazull-Imbert² 

Abel Creagh-Cazull³ 

¹. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Titular. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

². Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesora e Investigadora Titular. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

³. Doctor en Medicina. Residente en la especialidad de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

*Autor para la correspondencia: rcreaght@infomed.sld.cu

Recibido: 21 de julio de 2020 **Aprobado:** 28 de julio de 2020

RESUMEN

Introducción: la anamnesis médica es el 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. **Objetivo:** diseñar un sistema de acciones didácticas que faciliten a los estudiantes de la carrera de Medicina el aprendizaje de la anamnesis. **Método:** en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" 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. **Resultados:** el empleo de procedimientos (transmisión 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. **Conclusiones:** se ofrece 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.

Palabras clave: anamnesis médica; entrevista médica; relación médico-paciente; educación en el trabajo; pase de visita; Educación Médica Superior; historia clínica

ABSTRACT

Introduction: medical anamnesis is the process of interactive communication between the physician, the patient, his or her family, or both, for the purpose of identifying and characterizing the symptoms that express the reality of the patient's state of health, in order to establish the diagnosis and medical intervention. **Objective:** to design a system of didactic actions that will make it easier for medical students to learn the anamnesis. **Method:** at the General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto" a pedagogical study was developed with this objective, where the methods used were: historical-logical, analysis and synthesis and induction-deduction. In

addition, a modeling was used to develop the question model and the systemic approach to determine its structure and establish the relationships between them. **Results:** the use of procedures (transmission of experiences, practical examples, memory models based on imitation), without a structured theoretical support, makes it difficult to fully apply the medical content to specific patients in real conditions similar to or different from those learned, which constitutes a limitation for the training of this skill in the subject Clinical Propedeutics and Medical Semiology. **Conclusions:** a question-based learning model is offered, in which the student is equipped with a didactic-methodological resource for interactive communication with the patient, which facilitates the learning of active listening and the understanding of the patient by the student. It also contributes to the quality of the preparation of the clinical record.

Keywords: medical anamnesis; medical interview; doctor-patient relationship; education at work; round ward; Medical Education; clinical record

Cómo citar este artículo:

Creagh-Bandera R, Cazull-Imbert I, Creagh-Cazull A. Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica. Rev Inf Cient [en línea]. 2020 [citado día mes año]; 99(2):150-159. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2911>

INTRODUCCIÓN

El diccionario de la Real Academia Española define la anamnesis (del griego ἀνάμνησις, 'recuerdo') como "recolección", "reminiscencia", "rememoración" y precisa que en general apunta a traer al presente la información registrada en épocas pretéritas⁽¹⁾. Entre tanto, la significación médica se refiere a la entrevista que con finalidad clínico-psicológica se concreta en la parte de la historia clínica de un enfermo que recoge el motivo de ingreso, los antecedentes patológicos personales, familiares, hábitos fisiológicos, y tóxicos siguiendo la lógica de un cronopatograma.^(2,3)

Llanio⁽⁴⁾ plantea desde el punto de vista didáctico que para una comunicación adecuada durante la entrevista médica individual, se puede dividir en cinco partes básicas: el encuentro, el interrogatorio, durante el examen físico, en la evaluación de la conducta y en la despedida.

Los autores añaden, durante la indicación y realización de los exámenes complementarios de diagnóstico y en la evolución médica, pero consideran, además, que la anamnesis está implícita durante todo el acto médico, en los diferentes momentos se complementa, retroalimenta e integra la información obtenida, para lo cual se requiere de experiencia, pericia, así como de dominio técnico y de los aspectos teórico-metodológicos que la fundamentan.

De esta manera, la anamnesis puede definirse como el proceso de comunicación interactiva entre el médico, el paciente, su familia o ambos, con el propósito de identificar y caracterizar desde el punto de vista clínico-psicológico los síntomas que expresan la realidad del estado de salud del paciente, y alcanzar a indagar la información necesaria para establecer el diagnóstico médico y la intervención médica para su solución.⁽⁵⁾

En las ciencias médicas, la anamnesis forma parte del sistema de conceptos de la clínica que se le aporta al estudiante en la asignatura de Propedéutica Clínica en el quinto semestre de la carrera⁽²⁾, donde mediante la educación en el trabajo se incorpora no solo el contenido técnico del interrogatorio a partir de la enseñanza de las generalidades y de la semiología de cada sistema del organismo, sino también las peculiaridades teórico-prácticas de la comunicación médica basadas en la aplicación del método clínico-epidemiológico, en equilibrio con los aspectos bioéticos y psicosociales de la relación médico-paciente y la entrevista que se introducen en el currículo en el programa de Psicología Médica.

El acto de aprender a realizar la anamnesis en un paciente en el escenario docente de la atención médica, que se concreta en la historia clínica, históricamente se basa en el empirismo de los profesores y la transmisión de los conocimientos prácticos de generación en generación.⁽⁶⁾ Se generalizan recursos nemotécnicos carentes de una lógica del pensamiento que articule los métodos científicos con los conocimientos teórico-prácticos de las ciencias médicas, lo cual limita la capacidad creativa y la independencia cognoscitiva del estudiante en la solución de los problemas de su práctica preprofesional. Esto trae consigo falta de uniformidad en el proceso de enseñanza de una habilidad que trasciende no solo en la calidad de la formación del egresado sino también en la atención médica que brindará durante toda su vida profesional.

A partir de estos resultados y de la trascendencia de la adecuada formación y desarrollo de esta habilidad para toda la práctica profesional del egresado, se plantea el problema científico: ¿Cómo mejorar la calidad de la enseñanza de la anamnesis a los estudiantes de la carrera de Medicina en la asignatura Propedéutica Clínica y Semiología Médica?

El objetivo de este artículo es diseñar un sistema de acciones didácticas que faciliten a los estudiantes de Medicina el aprendizaje de la anamnesis.

MÉTODO

Durante el primer semestre de 2020, en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” se desarrolló un estudio de tipo pedagógico, aprobado por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución, con el propósito de diseñar un sistema de acciones didácticas que faciliten a los estudiantes de la carrera de Medicina el aprendizaje de la anamnesis.

Se utilizaron los siguientes métodos: el histórico-lógico, análisis y síntesis e inducción-deducción, necesarios para la elaboración de los antecedentes de la enseñanza de la anamnesis y la determinación de sus regularidades y tendencias de desarrollo, así como para la fundamentación teórica del problema y la elaboración de la propuesta.

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 encuestó una muestra de estudiantes (n=25), seleccionados de modo intencional, los que ofrecieron su consentimiento informado para participar en el estudio y plantearon sus criterios respecto a los estilos de aprendizaje.

RESULTADOS

La necesidad de revisar el enfoque de la enseñanza de la entrevista médica en los programas de diferentes asignaturas al valorar los errores cometidos en la práctica, se ha abordado en múltiples investigaciones de prestigiosos médicos cubanos.^(2,3,6,7)

En el año 1993 Salas Perea⁽³⁾ reportó en una muestra de 987 estudiantes de tercer año, examinados por tribunales nacionales en todas las facultades del país, que el 38,5 % obtuvo calificación de regular o mal en el interrogatorio y aunque es de esperar que entre los internos -3 años después- la magnitud de las deficiencias sean menores, el mismo autor⁽³⁾ reportó que de 251 estudiantes del sexto curso, examinados por tribunales nacionales en todo el país, obtuvieron calificaciones de regular o mal en la confección de historias clínicas el 42,3 % en la rotación de Pediatría, 32,2 % en Medicina Interna, 23,7 % en Medicina General Integral, 16,3 % en Ginecología-Obstetricia y 13,6 % en Cirugía.

La Revista Cubana de Medicina publicó en el año 2000 un artículo del profesor Miguel Moreno⁽³⁾ realizado en el Hospital Militar “Carlos J. Finlay” mediante la observación directa de las entrevistas médicas que 48 internos realizaron a 96 pacientes hospitalizados. Se evidenció que existe la tendencia a obtener la información por preguntas breves y cerradas, que inducen respuestas y dar inicio por los antecedentes patológicos personales, así como serias dificultades en las habilidades del interrogatorio. El tiempo que medió entre el comienzo del relato de los síntomas libremente expresados por el paciente y el momento en que fue interrumpido por el interno para asumir la dirección de la entrevista fue menor de 1 min en el 80,2 % de la muestra. La interrupción más breve se produjo a los 3 s (en 5 ocasiones) y la más larga a los 6,8 min. Como promedio, los alumnos asumieron el mando de la entrevista a los 49 s de iniciada.



Dos años después (2002), en el mismo hospital, Azpiazu⁽⁶⁾ identifica que 7 (36,8 %) internos realizaron la anamnesis con calidad ligeramente superior a la efectuada por los estudiantes de tercer año, y 4 estudiantes del nivel inferior recogieron más información primaria y establecieron mejor el cronopatograma de los datos clínicos que los del año terminal, por lo que denuncia la necesidad de dar continuidad a la enseñanza y evaluación de las habilidades para entrevistar en cada estancia del área clínica y en buscar los métodos más eficaces para lograrlo.

En el año 2015 se realizó un estudio en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de la provincia de Guantánamo⁽⁵⁾ con la finalidad de valorar cómo se comportan en el pase de visita los saberes cognoscitivo y procedimental y se encontró mediante la observación de un muestra de 143 estudiantes que existen insuficiencias en el desarrollo de la anamnesis que dificulta la obtención de información; pocos estudiantes pueden identificar correctamente las características semiográficas de los síntomas y signos, la mayoría presenta serias insuficiencias al comparar pacientes con el mismo diagnóstico e intervención, al aplicar los conocimientos a nuevas situaciones (diagnóstico por comparación) y para plantear diagnósticos diferenciales ante el problema de salud dado, la mayoría no es capaz de reconocer las características esenciales de una entidad nosológica, por lo que no pueden realizar satisfactoriamente el diagnóstico positivo; existen dificultades para establecer el nexo entre la semiografía, semiogénesis y semidiagnóstico y en la historia clínica no se expresan adecuadamente los detalles semiológicos del enfermo ni el cronopatograma.

El 100,0 % de los estudiantes encuestados ofreció criterios que posibilitaron inferir que valoran como bueno un aprendizaje memorístico y repetitivo, en el que el esfuerzo intelectual sea mínimo y se dé poco margen a la creatividad y elaboración.

Estos resultados se relacionan con el empirismo que prevalece en el proceso de enseñanza-aprendizaje de esta habilidad médica, basado fundamentalmente en la trasmisión de experiencias prácticas y recursos memorísticos a lo que se añade, la carencia de modelos didácticos que se utilicen de manera uniforme. Tampoco se dispone de bibliografía líder para este fin, el libro de texto básico de la asignatura de Propedéutica Clínica y Semiología Médica⁽⁴⁾ aborda con limitación cómo se debe construir la anamnesis médica.

El análisis documental y la propia experiencia de los autores de esta investigación reportan que existen insuficiencias de carácter teórico-metodológico que requieren ser superadas a la luz de los conocimientos actuales y del desarrollo de las ciencias médicas y pedagógicas que se expresan de la siguiente manera:^(3-6,8,9,10,11)

- Se limita a la trasmisión de experiencias prácticas “heredadas” de más de una generación de profesores y ejemplos personales de cómo hacerla. Es decir, el profesor ante un paciente demuestra a los estudiantes cómo hacerlo y luego le orienta que lo hagan.
- Son insuficientes las orientaciones metodológicas contenidas en el programa de la asignatura Propedéutica Clínica y Semiología Médica para el desarrollo de esta actividad, que conduzcan a presentar alternativas didácticas a partir de las cuales el estudiante pueda crear su propio modelo de aprendizaje de la anamnesis médica y sistematizarlo.

- El aprendizaje se constituye en un acto de imitación al profesor o a otros médicos, con las limitaciones que tiene este método reproductivo en las condiciones de la educación en el trabajo.

Los autores de este artículo aprecian que existen aspectos esenciales que expresan la complejidad de la anamnesis:

- Refleja el carácter socio-interactivo comunicativo de la relación médico-paciente.
- Declara el mundo interno subjetivo y la condición humana de un ser social concreto.
- Revela la esencia particular, singular, única e irrepetible de la relación ambiente-enfermo-enfermedad.
- Expone expectativas en función del bien máspreciado para el paciente: la salud.
- Refleja el estado emocional-afectivo del paciente.

En este sentido se ofrece un modelo de aprendizaje por preguntas que consiste en un sistema de preguntas, con diferentes enfoques que siguen la lógica del método clínico-epidemiológico para conducir el interrogatorio del paciente:

1. Abiertas: conllevan a la apertura espontánea de la comunicación, definen el motivo de consulta, mediante ellas el estudiante puede identificar las necesidades básicas y primarias del paciente y sus expectativas: ¿Qué se siente?, ¿Qué le sucede?, ¿En qué puedo servirle?
2. De continuidad: son preguntas que invitan a continuar o extender la oratoria del paciente o el acompañante sin restricción alguna en el tema que se aborda. Se utilizan por parte del médico cuando se requiere ampliar algún detalle semiológico en algún aspecto clínico que tributa de forma directa e inmediata al diagnóstico y no se ha abordado de forma suficiente ¿Qué más acerca de la opresión torácica?, ¿Puede decirme algo más acerca del dolor en el pecho?, ¿Algo más acerca de la sofocación al caminar?, o simplemente ¿Qué más? seguido del silencio en la indagación de otros síntomas.
3. Semiabiertas: Propician mantener un diálogo, una comunicación abierta aun cuando exista oponencia. Implican tomar partido por una posición a favor o en contra de alguna explicación y fundamentarla, argumentarla, explicarla, demostrarla con los conocimientos teóricos y empíricos necesarios y suficientes para sostener un criterio.
 - a) Focalizadoras: Se utilizan con el fin de centrar la atención en determinada información, tanto con el paciente como con el equipo de salud y ganar en precisión acerca de ella, inducen a pensar en el órgano, sistema o función afecta. ¿Dónde es que le duele?, ¿Hacia dónde se irradia?, ¿En qué momento del día ocurre?, ¿Qué manifestaciones lo acompañan?
 - b) De variedad: se busca la diversidad en la información, otra visión o punto de vista que lleve a considerar nueva o detenidamente algún detalle semiológico, obliga a la reflexión acerca del problema: ¿De qué otra forma ha sentido la falta de aire o el dolor?, ¿Qué otra manera tiene de explicarse lo que le ocurre?, ¿Alguna otra cosa se siente?

- c) Esclarecedoras o de extensión: se refiere, en lo fundamental, a la búsqueda de coherencia en la información a partir de una palabra, frase o información que requiere de ampliación o profundización de la información ofrecida inicialmente, se encaminan a homogenizar la información: ¿Qué quieres decir con que “sientes taquicardia”, con que “te dio una cosa”?, ¿Podrías ejemplificar lo que dice? “me molestan los golpes del corazón”.
 - d) Pregunta de especificidad: son las preguntas que se realizan para lograr precisión de algún detalle de alto valor semiológico. Tributa desde el semiodiagnóstico al diagnóstico positivo ¿Qué sucedió exactamente cuándo se despertó en la madrugada?, ¿Al despertar qué sentiste en el lado derecho del cuerpo? ¿Precísame qué ocurre cuando subes los escalones?, ¿Qué pasó con la sudoración al poco rato de ingerir el alimento?
 - e) Explicativas, de fundamentación: se encamina a definir la razón principal o motivo con que se pretende afianzar y asegurar algo. ¿Por qué? ¿Qué razones tiene para decir qué ...?
4. Cerradas: son preguntas de precisión cuya respuesta es sí o no; es decir definen el nivel de certeza, deben utilizarse con cautela, pues su uso puede inducir respuesta. Es necesario saberla intercalar entre los diferentes tipos de preguntas según el contexto. ¿Te duele?, ¿Tuvo, además, falta de aire?, ¿La falta de aire le comenzó bruscamente?
5. Pregunta estructural: tienen el objetivo de organizar el contenido intratópico y las transiciones, lo que contribuye a minimizar el riesgo de pérdida del hilo conductor de la entrevista, incompreensión o error de las respuestas por imprecisión en el contenido de la pregunta. Puede dar paso a una pregunta abierta, semiabierta o cerrada. Tienen valor especial en pacientes con respuestas prolijas Ahora quisiera qué me explicara: ¿Qué otro síntoma sintió?, ¿Cómo era el dolor en el pecho?, ¿El dolor se le corrió al brazo izquierdo?
6. Pregunta de cierre: para finalizar la entrevista con el paciente y su familia debe brindársele la posibilidad de expresar algún dato que, por olvido o intencionalmente por pena, tabú o desconfianza, haya omitido, lo cual puede tener valor semiológico para la enfermedad actual o constituir preocupación personal o familiar. ¿Me quiere comentar algo más que le preocupe?, ¿Finalmente, algo que haya olvidado?

El silencio, aunque semánticamente no es un “tipo de pregunta”, tampoco puede considerarse la ausencia de comunicación, por el contrario, es un medio de expresión, que representa máxima atención, respeto e interés en el diálogo. Tiene implícito la espera por una respuesta del entrevistado, de ahí, que se insista en la utilización adecuada de este después de cada pregunta, sin interrupción, con la expresión extraverbal y el lenguaje corporal que denote empatía y escucha activa como parte de la comunicación asertiva y proactiva.

El modelo de preguntas que se ofrece constituye una guía para la realización de la entrevista y posibilita que el estudiante pueda aplicarlo en condiciones reales a uno u otro paciente con similar o diferente problema de salud ^(5,8,12,13,14), o al familiar, pero a partir de un esquema referativo que le permita crear su propio modelo de pensamiento y acción, que va más allá de la simple imitación.

De la misma manera, le facilita una secuencia lógica que transita de lo general a lo particular de la enfermedad al enfermo, establecer prioridad del padecimiento del enfermo, de lo que siente y padece, narrar la sintomatología conducida de forma razonable y sin crear interferencias por parte del médico propicia un ambiente de comprensión y empatía en la atención médica.

La anamnesis debe conducirse de manera que guíe el examen físico y la selección de los exámenes complementarios necesarios y suficientes para el planteamiento de las hipótesis diagnósticas, a partir de la indagación de los posibles semiodiagnósticos, sustentados en la lesión anatómica, la alteración fisiopatológica, así como la búsqueda de los problemas psicológicos y sociales como causa o factor precipitante de la enfermedad biológica en cuestión.

Para lograr este “nivel de productividad de la anamnesis” es preciso la conducción consciente, objetiva y planificada del interrogatorio, en un clima afectivo, ético y técnico profesional propicio, que conciba las siguientes invariantes de esta habilidad:

- Permitir al enfermo expresarse libre y espontáneamente. Resistir el impulso de hablar por encima del entrevistado, prestarle atención a sus respuestas, demostrarlo mediante el contacto visual, asintiendo con la cabeza, con lenguaje corporal positivo y empatía. Ofrecer retroalimentación, reflexionar y parafrasear.
- Identificar todos los síntomas de la enfermedad actual.
- Obtener la mayor semiografía de los síntomas.
- Ordenarlos cronológicamente (cronopatograma).
- Identificar las circunstancias en que se iniciaron los síntomas (condiciones de aparición), así como su relación con funciones fisiológicas, actividades, hábitos y situaciones afectivas y sociales
- Precisar la duración total del cuadro clínico.

Los autores consideran que estaría incompleto este artículo si no se hace alusión al valor de este sistema de preguntas para la realización de una adecuada anamnesis que garantice la calidad de la confección de la historia clínica, desde el momento en que se discierne el motivo de ingreso o consulta de un paciente, los síntomas relevantes que presenta ordenados cronológicamente, con una descripción que los refleje tal como el paciente los padece, hasta la indagación de sus antecedentes patológicos personales, familiares, historia psicosocial y datos epidemiológicos de interés, entre otros datos, que redundan en la recolección de la información lo más completa posible, para facilitar una redacción con mayor precisión, orden y claridad.

Finalmente, se desea esclarecer que si bien este artículo centra su atención en las deficiencias que reflejan los estudiantes en la realización de la anamnesis, se reconoce en diferentes momentos la responsabilidad del claustro en estas limitaciones, por lo que es recomendable valorar la factibilidad de su utilización por el colectivo docente como material de apoyo en la asignatura de Propedéutica Clínica y Semiología Médica.

CONCLUSIONES

La enseñanza de la anamnesis históricamente se ha basado en el empirismo de los profesores y la transmisión de los conocimientos prácticos de generación en generación.

A los estudiantes se les dificulta sistematizar la anamnesis y construir el cronopatograma ya que carecen de un modelo teórico práctico de referencia que facilite la formación y el desarrollo de esta habilidad.

La realización de la anamnesis es una habilidad clínica básica que requiere una enseñanza formal para lo que contribuye el modelo de preguntas propuesto, ya que guía la entrevista médica y permite al estudiante disponer de un esquema metodológico referativo para crear su propio modelo de pensamiento y acción, que va más allá de la simple imitación, aplicable durante toda su práctica profesional para la comunicación interactiva con el paciente, que se orienta a la búsqueda de síntomas desde lo general a lo particular y lo singular del padecimiento, para configurar la presunción diagnóstica, a la vez que se facilita el aprendizaje de la escucha activa y la comprensión del paciente por el estudiante, en un ambiente afectivo-comunicativo y emocionalmente favorable; contribuye, además, con la calidad de la confección de la historia clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente Odio EF, Almaguer Delgado AJ, García Rodríguez RE. Consideraciones de la enseñanza del método clínico en la formación médica superior. Educ Med Sup [en línea]. 2015 [citado 1 Oct 2020]; 29(1):182-190. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n1/ems17115.pdf>
2. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Sup [en línea]. 2000 [citado 1 Oct 2020]; 14(2):109-27. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/editorhome/2011/12/16/el-metodo-clinico-muerte-y-resurreccion/>
3. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med [en línea]. 2000 [citado 20 Dic 2019]; 39(2):106-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300005
4. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler E. Propedéutica clínica y fisiopatología. 3ªed [en línea]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 [citado 1 Feb 2020]; Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/PROPEDEUTICA%20CLINICA%20Y%20SEMIOTICA%20MEDICA%20Tomo%20I.pdf>
5. Creagh Bandera R. Una concepción didáctica del pase de visita en la carrera de Medicina. [Tesis Doctor en Ciencias Pedagógicas]. La Habana: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas; 2016 [citado 21 Feb 2020]; Disponible en: <http://www.sld.cu/infomed.universidadvirtual.bvs.repositorio,2018>
6. Blanco Aspiazu M, Hernández Azcuy O, Moreno Rodríguez MA, Bosch Bayard RI, Méndez Rosabal A. Diferencias en la calidad de la anamnesis en alumnos de tercer y sexto años de medicina. Rev Cubana Med Mil [en línea]. 2002 Dic [citado 4 May 2020]; 31(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000400007&lng=es
7. Canelles Pupo MG, Moreno Rodríguez MÁ, Echevarría Parlay JC, Bestard Pavón LA. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de

- audio. Rev Cubana Med Mil [en línea]. 2003 [citado 24 Oct 2019]; 32(3):190-196. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v32n3/mil05303.pdf>
8. Cazull Imbert I. Enseñanza de primeros auxilios a escolares de 4to-9no grados. [Tesis Doctor en Ciencias de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006 [citado 4 Nov 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/36313836-Ensenanza-de-los-primeros-auxilios-a-escolares-de-4-to-a-9-no-grad-os-guantanamo-2006.html>
9. Bravo López G, Jurado Ronquillo M, Tejera Concepción JF. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. Rev Cubana Med Mil [en línea]. 2019 [citado 4 Nov 2020]; 48(2):471-486. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/401/355>
10. Frómeta Guerra A, Sánchez Figueredo SA, Maya Castro MA, Jara Lalama J, Valarezo Sevilla DV. El método Clínico: perspectivas actuales. Bionat [en línea]. 2017 [citado 20 May 2020]; 2(1):255-260. Disponible en: <https://www.revistabionatura.com/files/2017.02.01.8.pdf>
11. Chancay Mendoza AP, Suárez Fernández JC, López Fernández R. La comunicación en la relación médico-paciente como parte de la formación de los estudiantes de medicina. Rev Conrado [en línea]. 2017 [citado 24 Abr 2020]; 13(59):261-273. Disponible en <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/555>
12. Elizabeth Pinilla A. Educación en ciencias de la salud y en Educación médica. Acta Méd Colomb [en línea]. 2018 Abr-Jun [citado 19 Abr 2020]; 43(2):61-65. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n2/0120-2448-amc-43-02-00061.pdf>
13. Libro de casos clínicos. En: XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna de Madrid. IFEMA-Feria de Madrid, Centro de Convenciones Norte, Secretaria técnica S & H MEDICAL SCIENCE SERVICE; 22-24 noviembre 2017. Madrid: Sociedad de Medicina Interna; 2017. [citado 2 May 2020]. Disponible en <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/congresos/libro-casos-clinicos-xxxviii-congreso-semi-xv-congreso-somimaca.pdf>
14. Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Pereira Junior GA, Almeida RGS, Pedersoli CE. Clinical simulation with dramatization: gains. Perceived by students and health professionals. Rev Latino Am Enferm [en línea]. 2017 [citado 20 May 2020]; 25:e2916. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores:

RCB: concepción, diseño, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual, aprobación final de la versión a ser publicada.

ICI: diseño e interpretación de los datos, aprobación final de la versión a ser publicada.

ACC: análisis e interpretación de los datos, búsqueda bibliográfica, redacción del artículo y aprobación final de la versión a ser publicada.

