

Fecha de presentación: : marzo, 2017 Fecha de aceptación: abril, 2017 Fecha de publicación: junio, 2017

38

MÉTODO CLÍNICO: SU IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES DIAGNÓSTICAS EN LA ASIGNATURA DE MEDICINA INTERNA DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA

CLINICAL METHOD: ITS IMPORTANCE IN THE DEVELOPMENT OF DIAGNOSTIC SKILLS IN THE COURSE OF INTERNAL MEDICINE OF THE DENTAL CAREER

Dra. Glenda Magali Vaca Coronel¹

E-mail: dra_gvaca@hotmail.com

Dr. Rafael Xavier Erazo Vaca¹

E-mail: dr.rafaelerazo@gmail.com

Dra. Rosa Viviana Tutasi Benítez¹

E-mail: rosa.tutasib@ug.edu.ec

¹Universidad de Guayaquil. República del Ecuador.

Cita sugerida (APA, sexta edición)

Vaca Coronel, G. C., Erazo Vaca, R. X., & Tutasi Benítez, R. V. (2017). Método clínico: su importancia en el desarrollo de habilidades diagnósticas en la asignatura de Medicina interna de la Carrera de Odontología. *Revista Conrado*, 13(58), 240-246. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>

RESUMEN

En el artículo se destaca la importancia de la aplicación del método clínico para la adquisición de habilidades diagnósticas por parte de los estudiantes de la carrera de Odontología, que constituirán habilidades profesionales para su futuro desempeño, además se les brinda a nuestros profesores y estudiantes orientaciones metodológicas que deben tener en cuenta en cada una de las etapas del método clínico para llegar a un diagnóstico certero y por tanto a un plan terapéutico correcto.

Palabras clave:

Método clínico, habilidad, diagnóstico, enseñanza, medicina interna.

ABSTRACT

The article emphasizes the importance of the application of the clinical method for the acquisition of diagnostic abilities by the students of the dental career, who will constitute professional skills for their future performance, in addition they are offered to our teachers and students methodological orientations Which must take into account in each of the stages of the clinical method to arrive at a correct diagnosis and therefore a correct therapeutic plan.

Keywords:

Clinical method, skill, diagnosis, teaching, internal medicine.

INTRODUCCIÓN

Es reconocido el rol de las universidades, sus docentes y programas de estudio en la generación de habilidades y competencias en los estudiantes que garanticen los modos de actuación necesarios que requerirán en su especialización profesional y en su tránsito por la vida (Van der Hofstadat (2013); y Bowden, 2011).

En el proceso de enseñanza-aprendizaje se distingue la expresión de un proceso social que se manifiesta en un particular sistema de relaciones, las didácticas. Este tiene la cualidad de ser bilateral, ya que en él participan dos protagonistas fundamentales, estudiantes y profesores, los que tienen desempeños diferentes en dependencia del rol social que llevan a cabo, aprender y enseñar. Como afirmaran Carrera (1993); y Rivera Michelena (2011, 2016) en este proceso es el profesor quien tiene la responsabilidad de la gestión docente en función de lograr “buenas prácticas de enseñanza” como respuesta a las exigencias sociales, cada vez con mayor fuerza, de buscar soluciones para obtener “buenos aprendizajes”.

Rivera Michelena (2016), planteó que resulta importante considerar el papel activo del estudiante en una doble condición, objeto de la enseñanza y sujeto de su propio aprendizaje, lo que le permitirá lograr el dominio de las habilidades previstas, la asimilación de los sistemas de conocimientos, la defensa de sus lógicas personales y un desarrollo pleno como ser humano en el ejercicio de su profesión; esta posición en la gestión del proceso enseñanza-aprendizaje ubica al profesor en una postura constructivista.

En la asignatura de Medicina interna se desarrollan elementos teóricos prácticos que permite el aprendizaje significativo del estudiante de la carrera de odontología, constituye un pilar fundamental en los procesos de identificación de las diversas patologías y/o enfermedades presentes en el sistema Estomatognático puesto que nos brinda las herramientas adecuadas en el proceso de identificación de las mismas, que incluyen diagnóstico, valoración y tratamiento.

Actualmente, la educación médica superior demanda lograr desde la enseñanza, que los estudiantes de Odontología se apropien activamente de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales para el diagnóstico aplicando el método clínico desde la asignatura de Medicina Interna de la carrera de Odontología Facultad Piloto de la Universidad de Guayaquil, por tanto es sumamente importante que el estudiante adquiera las habilidades diagnósticas, por lo que este trabajo pretende resaltar la importancia de la aplicación del método

clínico en el proceso de enseñanza –aprendizaje en la impartición de estos contenidos.

DESARROLLO

En el ámbito de la formación de los recurso humanos continúa siendo un reto la elevación de la calidad del proceso de formación de habilidades profesionales con tributo a los modos de actuación del perfil del egresado como afirmara Salas (2012); y Lemus (2013), en especial los odontólogos como afirmó Concepción (2016), que egresan para desempeñarse en la Atención Primaria de Salud, donde deben asumir el liderazgo en la atención integral al individuo.

Concepción (2016), en su investigación acerca de las habilidades profesionales de los Odontólogos de la carrera definió las siguientes habilidades profesionales: Habilidades Profesionales de Intervención Comunitaria, Habilidades Profesionales de Intervención Clínica, Habilidades Profesionales Diagnósticas – Comunicativas: aquí destaca que se logran mediante el uso del método clínico y el epidemiológico y un uso adecuado oportuno de la comunicación médico –paciente, Habilidades Profesionales Docente-Investigativas y las Habilidades Profesionales Administrativas.

En relación a las habilidades profesionales del Odontólogo compartimos el criterio expuesto por Concepción (2016), cuando expresó que al ser consideradas habilidades profesionales no solo constituyen un objeto de atención de las asignaturas del ciclo de la profesión, deben ser atendidas desde el proceso enseñanza-aprendizaje de todas las asignaturas de los llamados ciclo básico, preclínico y clínico.

Al asumir como base teórica fundamental el Enfoque Histórico Cultural de Vigotsky (1983); y la Teoría de la Actividad de Leontiev (1981), se fundamentan los principales aspectos pedagógicos y psicológicos relacionados con la formación de habilidades profesionales donde se encuentra incluida las habilidades diagnósticas:

- Las habilidades constituyen estructuras psicológicas de la personalidad que se forman, se desarrollan y se manifiestan en la actividad.
- La estructura de la actividad sirve como fundamento a la estructura de las habilidades profesionales diagnósticas.
- La actividad está ligada al motivo, este le brinda orientación, destacándose la esfera motivacional en el proceso de formación de habilidades diagnósticas, pues posibilita que el estudiante se identifique con su futura profesión.

- La actividad se estructura mediante acciones y el modo de actuación es actividad del sujeto configurada por estas; de ahí la relación entre ambas categorías.

Las etapas del proceso de formación de habilidades profesionales diagnósticas en los ciclos de formación del año y para sistematizar las acciones según sus componentes, están en correspondencia con la Teoría de la formación planificada y por etapas de las acciones mentales de Galperin (1982); y Talízina (2005), de igual forma en consideración no solo las relaciones entre el problema profesional, el objeto de la profesión y el objetivo, sino también las relaciones de derivación que se establecen entre ese objetivo de la profesión con las habilidades de la disciplina, de esta con las de las asignaturas que la componen, así como las relaciones entre las disciplinas, se corresponden con la Teoría de los procesos conscientes en la Educación Superior de Álvarez de Zaya (2002).

Constituye un reto brindar una atención con calidad a la población, por tanto no hay actividad humana que pueda ser realizada con real éxito sin un ordenamiento de las acciones que la componen. Por eso, el asistir a un enfermo, como afirmara Corona Martínez (2011), la atención médica no puede dejar de utilizar el “método clínico”.

El método clínico se basa como fuera expresado por Selman-Housein (2002); y Ilizástegui Dupuy (2000), desde su concepción histórica, en la utilización como primer paso en su lógica de las llamadas “herramientas clínicas”: el interrogatorio y el examen físico, para obtener toda la información que permite, casi al unísono, conformar posibles diagnósticos, algunos de los cuales serán sometidos posteriormente a contrastación a través de medios complementarios, se plantean varios aspectos teóricos de dicho método o relacionados con su uso en la práctica; en todos se destaca como conclusión más importante la capital importancia del método clínico en el ejercicio profesional del médico y de todo profesional de la salud.

Como se conocen las etapas del método clínico como afirmara Ilizástegui (2010), son las mismas del método científico con peculiaridades específicas para el trabajo clínico, las cuales son válidas para el desarrollo de habilidades diagnósticas y terapéuticas del futuro odontólogo. Se describen las siguientes:

1. El problema, en este caso es el trastorno o pérdida de la salud, por lo cual consulta el paciente, lo que motiva al enfermo a solicitar la ayuda del clínico. Este problema o problemas –porque no pocas veces se trata de uno solo debe ser precisado con toda nitidez. Si es parte de una falsedad, de un supuesto, producto de la superficialidad o del apuro en el primer contacto con el paciente, será

absurdo pensar que puede aplicarse con éxito el método clínico.

La motivación subjetiva del paciente, lo que le movió a buscar la ayuda del médico debe ser conocida también con certeza.

Para identificar con exactitud el motivo de consulta es necesario que por parte del profesor y el estudiantes se cree un ambiente afectivo adecuado, donde debe empezar por saludar y presentarse al paciente, indagar los datos generales del paciente mediante preguntas dirigidas a conocer el nombre completo del paciente, edad, lugar de residencia, ocupación, u otros que el estudiante considere de utilidad. Seguidamente interrogar sobre la principal molestia, síntoma o preocupación que aqueja al paciente.

Corona Martínez y colaboradores (2010), plantearon que es necesario establecer un proceso de comunicación (verbal y extraverbal) adecuado, que considere todas las exigencias técnicas establecidas para una correcta entrevista médica (privacidad, atención, uso del lenguaje, trato amable entre otros). De esta forma se establece una adecuada relación médico –paciente.

En el caso de Odontología puede acudir un paciente de 38 años preocupados por inflamación en la encía con sangramiento al menor estímulo, que perdura en la ingestión de alimento, siendo el principal síntoma que refiere la inflamación gingival

2. La búsqueda de la información básica en el método clínico, se refiere específicamente al interrogatorio y al examen físico del paciente. Este procedimiento generalmente está dirigido u orientado por la experiencia previa y por los conocimientos que posee el clínico con respecto a las hipótesis explicativas del problema, aquí el profesor tiene un gran protagonismo y deberá guiarlo para obtener la mayor información útil, pues permite recoger datos que hubieran pasado inadvertidos para un lego o que incluso a veces el propio paciente soslaya, por no darles importancia.

Aquí el estudiante debe obtener toda la información clínica necesaria y posible sobre el paciente, por lo que debe interrogar al paciente o acompañantes para obtener los síntomas del paciente, organizarlos cronológicamente (cronopatograma) y precisar sus características semiográficas, además deberá indagar sobre otros elementos clínicos como son los antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, intervenciones quirúrgicas, entre otros, epidemiológicos, psicológicos, económicos o sociofamiliares que puedan ser de utilidad, por lo otro lado deberá precisar información relacionada con asistencia médica previamente recibida, exámenes

complementarios realizados y sus resultados, y tratamientos efectuados, con sus correspondientes efectos, de ser necesario realizará un nuevo interrogatorio, para la obtención de información adicional a partir de los hallazgos al examen del paciente .

El examen físico debe realizarse completo para la identificación de los signos presentes en el paciente, independientemente de que se detalle más el aparato hacia el cual orienta la sintomatología subjetiva, en este momento debe ser cortés, delicado, respetuoso y organizado en la realización de los procedimientos y maniobras del examen físico.

Se deberá utilizar como fuente de información principal al paciente, pero también a familiares o cualquier otra persona que sea considerada necesaria o de utilidad.

Como la primera fuente de referentes que tiene el estudiante para el proceso de construcción de representaciones mentales de las enfermedades proviene del conocimiento universal, obtenido a través de la lectura y estudio crítico de la literatura médica. Corona (2014), afirmó que ahí está el conocimiento sistematizado, elaborado durante siglos, donde cada enfermedad conocida con menor o mayor profundidad tiene su espacio y su descripción teórica. Por eso, nuestros estudiantes deben leer intensamente; deben dedicar muchas horas al estudio de la literatura médica y, de esta forma, "beber de la fuente de la sabiduría universal". Ello permitirá en un principio, la conformación de ricas y profundas representaciones mentales de un amplio número de enfermedades, la adquisición de un amplio bagaje teórico; lo cual significa sólidos cimientos y columnas del edificio del conocimiento y actuación profesional.

En estos momentos se inicia una aproximación progresiva a las hipótesis diagnósticas del paciente, en la cual inicialmente tienen limitaciones los estudiantes. Pues si bien la incorporación del conocimiento sistematizado mediante la lectura y estudio es la fuente inicial en el proceso de construcción del conocimiento, fuente casi exclusiva o altamente protagónica en los momentos iniciales de la carrera, progresivamente este proceso se ve influenciado de una manera cada vez más creciente por las experiencias individuales derivadas de la práctica cotidiana.

La exposición durante años a múltiples vivencias, mediante una práctica intencionada, motivadora y muy reflexiva, se va convirtiendo paulatinamente en la fuente fundamental para la construcción de los modelos mentales de las enfermedades en cada estudiante y médico, no es que sustituya al estudio, sino que lo complementa. El estudiante debe ver en su práctica, la oportunidad de contrastar personalmente el conocimiento universal

aprendido de la literatura científica, con la realidad de la presentación de las enfermedades en cada paciente singular; lo que en esencia se convierte en un proceso de validación y de enriquecimiento de las incipientes representaciones mentales conformadas, las cuales por tanto, no son estáticas ni definitivas, por lo que se van conformando modelos que constituyen un proceso de construcción individual que se da en el proceso de aprendizaje individual en el que se transita desde las representaciones externas hasta las representaciones internas, de acuerdo a una lógica fundamentada hace años por el psicólogo Galperin (1982).

En el caso del paciente que acudió a consulta y que nos referimos en la etapa anterior, al realizar el interrogatorio refiere que tiene entre los antecedentes familiares padre diabético tipo II, tiene obesidad y se detectó que tiene una dieta no balanceada, al examen físico se observa movilidad dentaria grado I a nivel del sector antero inferior, además de inflamación difusa en la gingival de forma generalizada.

3. La hipótesis o conjetura en el método clínico, es el o los diagnósticos presuntivos. Es imprescindible que este diagnóstico o diagnósticos sean bien definidos, se basen en la información recogida y tengan un fundamento.

Es lógico que si la búsqueda de información fue deficiente o inexacta, las hipótesis no tendrán posibilidad alguna de comprobarse y todos los pasos siguientes no tendrán basamento alguno.

Es necesario que el estudiante guiado por el profesor realice planteamiento de los posibles diagnósticos a considerar en el paciente, para ello resumirá toda la información recogida a través del interrogatorio y el examen físico, reconocerá algún síntoma o signo capital que oriente hacia los posibles diagnósticos, comparará el cuadro o expediente clínico del paciente con el modelo o representación mental que posee de las entidades, enfermedades o problemas de salud enunciados como posibles causas del o de los síndromes, o del síntoma o signo capital identificado, teniendo en cuenta los aspectos anteriores conformará un criterio acerca del estado de gravedad del paciente, con el consiguiente pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

Aquí el profesor basado en su experiencia como afirmara Corona (2014), y criterio que comparten los autores, realizará valoración de la capacidad de juicio o razonamiento clínico del estudiante para proponer el diagnóstico integral paciente , así como para fundamentar síndromes y entidades nosológicas presentes en este paciente, así como verificará el proceso comunicativo desarrollado.

El estudiante debe incorporar información proveniente de exámenes complementarios, cuando se requieran, para comprobar las hipótesis diagnósticas o lograr mejor precisión de las mismas, así podrá aplicar operaciones del pensamiento como son: análisis y síntesis, inducción y deducción, abstracción y concreción, en la interpretación de la nueva información aportada por los exámenes complementarios.

Por otra parte el profesor podrá evaluar los criterios expresados por los estudiantes que justifiquen la necesidad de realizar exámenes complementarios y selección contextualizada de estos, podrá verificar la capacidad de interpretar estos exámenes complementarios y podrá valorar la capacidad del estudiante para readecuar su pensamiento clínico a partir de la nueva información obtenida en los exámenes complementarios.

El paciente de 38 años que acudió a consulta por sangramiento gingival, basado en los datos aportados por el paciente y el examen realizado se proceder a remitir al clínico para que corrobore si el paciente es diabético tipo II, si este fuera positivo es estudiante puede inferir que estamos en presencia de una manifestación bucal de una enfermedad sistémica, se le indica radiografía bucal periapicales, se detecta una pérdida ósea horizontal incipiente, se podría valorar dos hipótesis una sería la gingivitis y la otra una periodontitis crónica del adulto.

4. Sometemos a contrastación el diagnóstico presuntivo como plantea Ilizástegui (2010), mediante el estudio de la evolución del paciente y la programación de diversas pruebas de laboratorio, imagenológicas, anatomopatológicas y otras, es decir, de la moderna tecnología a nuestro alcance.

No hay que olvidar que estas técnicas no son inhumanas, son también realizadas e interpretadas por humanos. Al igual que los clínicos analizan, interpretan la sintomatología y la semiología que le ofrece el paciente, los radiólogos y patólogos analizan e interpretan imágenes y tejidos. Tanto el análisis del clínico como el análisis de los radiólogos, patólogos o microbiólogos, están sujetos a error. No existe método que no tenga un límite de sensibilidad. La ciencia misma progresa por aproximaciones sucesivas.

El clínico tiene incluso la ventaja de que además de los síntomas y los signos, puede estudiar a la persona, al ser humano que las padece, puede conocer su vida completa, donde no pocas veces se encuentra sino la causa al menos factores precipitantes, coadyuvantes o perpetuantes de la afección.

La revolución científico-técnica de los últimos 40 años, lo que ha revolucionado es la técnica, no la clínica. Se sabe

que sólo por el interrogatorio se puede llegar al 60-70% de los diagnósticos, que si añadimos el examen físico, la certeza puede subir al 80% y que las diversas técnicas confirman lo anterior y pueden hacer subir la certeza hasta el 95%.

Ninguna técnica puede sustituir al pensamiento humano, el intelecto del hombre. La información que proviene de la evolución clínica del pacientes es siempre relevante y puede incluso confirmar o negar un diagnóstico presuntivo.

Por demás, es oportuno destacar que la jerarquía o importancia de la información no depende de la fuente. Un dato clínico puede ser de importancia capital y un dato radiológico trascendente. Por supuesto, lo inverso también es cierto. Por tanto, se debe analizar el dato, independientemente de su procedencia, es decir, si es clínico o procede de las técnicas de exploración complementarias.

El estudiante solo procederá a informar al paciente del resultado del proceso diagnóstico efectuado después de ser analizado con el profesor y ser contrastadas todas las hipótesis planteadas inicialmente.

En esta etapa relacionada con el caso del Odontología, teniendo en cuanto los hallazgos que aseveran que es una diabetes tipo II aportado por el clínico y desde el punto estomatológico se decide por una periodontitis crónica del adulto teniendo en cuenta la edad del paciente, la movilidad dentaria, la inflamación crónica y la pérdida ósea horizontal

6. Finalmente se llegará a un diagnóstico de certeza que permitirá indicar la terapéutica, o bien se descubrirán nuevos problemas al paciente, o se negarán las hipótesis diagnósticas planteadas, lo que obligará a reanalizar toda la situación, plantear nuevas hipótesis diagnósticas y nuevos programas de investigación de acuerdo a las mismas.

A veces la hipótesis global, diagnóstica sobre un paciente no es posible validarla aún cuando el clínico pueda contar, sobre todo en la etapa presente, con los datos imagenológicos, humorales y biológicos.

La persona - ser complejo - es algo más que lesiones histológicas y moleculares, sin que estos datos deban ser despreciados, olvidados o no tenidos en cuenta.

El diagnóstico integral lo debe hacer el médico con todos los elementos de juicio en su poder o con ausencia de algunos de ellos, para no identificar la enfermedad, con la lesión.

Diagnóstico un tanto olvidado y que hoy vuelve a ponerse sobre el tapete, cuando los estudios actuales del

pensamiento humano nos señalan el poder que para la ciencia y los científicos posee el juicio sintético integral, juicio que se desarrolla y forma parte esencial del arte y de las humanidades. De aquí que el clínico no debe despreciar, en el abordaje de la realidad clínica irreplicable, la imaginación y el cultivo del arte como medio de educar también su pensamiento creativo.

Aquí el estudiante después de llegar al diagnóstico del paciente procederá a determinar la conducta con el paciente, para ello deberá:

- Enumerar las variantes de conducta que más frecuentemente son utilizadas en su contexto de actuación, y reconocer dentro de estas variantes, si existe alguna preestablecida para el problema de salud diagnosticado.
- Indagar, de ser necesario, sobre nuevos datos de utilidad para la evaluación y selección de las variantes de conducta, lo cual incluye precisar las preferencias del paciente.
- Si hubiese alguna opción o variante de conducta preestablecida, analizar si existe alguna particularidad del paciente que determine la no conveniencia de su aplicación.
- Informar al paciente de las decisiones tomadas, o consultarlas con él de ser necesario.
- Brindar apoyo psicológico al paciente

Aquí el profesor evaluará si se trabaja con diversas variantes de conducta y se considera la existencia de opción de conducta preestablecida, constatará si en la evaluación de opciones son consideradas las particularidades del paciente y del contexto, aplicando para ello un enfoque biopsicosocial de la asistencia médica y verificará el respeto de principios bioéticos y la calidad del proceso comunicativo.

En el caso de odontología con inflamación gingival se contrastó las hipótesis y se determinó como diagnóstico que es un paciente diabético tipo II con manifestaciones bucales consistente en una periodontitis crónica del adulto, por lo que se plantea como terapéutica educación para la salud, control de placa dentobacteriana, control de la dieta, eliminar factores de riesgos como es el tabaco, alcohol, y ya en la fase correctiva por la enfermedad periodontal que padece se realizará cirugía periodontal, se controlará la enfermedad sistémica y se lleva a cabo la fase de mantenimiento para evitar la recidiva.

Para considerar actualmente que una enseñanza se realiza científicamente, no puede hacerse exclusivamente a partir de la impartición a los estudiantes de los conocimientos

más novedosos de la ciencia y de la técnica médica. Ella debe incluir, y en primer plano, la apropiación por parte de los alumnos del método científico como peculiaridad cultural de la revolución científico-técnica del presente. Los clínicos generales como afirmara Ilizástegui (2010), pueden hacer una gran contribución al dominio de este método, si son capaces de hacerle patente al estudiante que ellos no trabajan en forma arbitraria, sino siguiendo las etapas del método clínico. Cada paso debe ser identificado, explicado por parte del docente. Debe exigírsele al estudiante hacer lo mismo, hasta que identifique todas las etapas y opere con ellas en forma automática. Recordar que un clínico puede someter al estudiante al método clínico muchas veces durante un solo día. Esto es, cuando se haga el interrogatorio y el examen físico, se le señala al estudiante que se está en la etapa de la recolección de la información (etapa de observación), cuando se hacen hipótesis diagnósticas se le hace consciente que es la etapa de fundamentación de las hipótesis en que nos encontramos, y así sucesivamente.

CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto con los elementos aquí expuestos la importancia de la aplicación del método clínico para la adquisición de habilidades diagnósticas por parte de los estudiantes de la carrera de Odontología, que constituirán habilidades profesionales para su futuro desempeño.

Se les brinda a nuestros profesores y estudiantes orientaciones metodológicas que deben tener en cuenta en cada una de las etapas del método clínico para llegar a un diagnóstico certero y por tanto a un plan terapéutico correcto.

Nuestros profesores y estudiantes deben comprender que, sobre la base de esta orientación, se necesita mucha dedicación y ejercitación reflexiva, no sólo durante todas las asignaturas del ciclo clínico de la carrera sino durante todo el ejercicio profesional posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Van der- Hofst dat, C. J., & Gómez, J. M. (2013). Competencias y habilidades profesionales para universitarios. 2da edición. Madrid: Díaz de Santo.
- Bowden, J., & Marton, F. (2011). La Universidad: un espacio para el aprendizaje. Madrid: Narcea S.A. de ediciones.
- Rivera Michelena, N., & Blanco Horta, F. (2013). Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Educ Med Supe*, 17(3). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems04303.htm

- Carretero M. (1993). *Constructivismo y Educación*. Madrid: Ed Luis Vives aragoza.
- Rivera Michelena, N., Cao Nolla, N., Nogueira Sotolongo, M. (2011). Enfoque Sistémico del Proceso Enseñanza Aprendizaje. UVS. Supercurso, Infomed. Portal de Salud de Cuba. Recuperado de <http://www.uvs.sld.cu/supercurso>
- Rivera Michelena, N. (2016). Una óptica constructivista en la búsqueda de soluciones pertinentes a los problemas de la enseñanza-aprendizaje. *Educación Médica Superior*, 30(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/851/426>
- Salas R, Salas A. (2012) La educación médica cubana. Su estado actual. La Habana: Revista de Docencia Universitaria, 10(315). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4091581.pdf>
- Lemus, E. R., & Pérez, A. M. (2013). Desarrollo social a través del modelo de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba. *Revista Educación Médica Superior*. 27(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300013
- Concepción Obregón, T., Fernández Lorenzo, A., Matos Rodríguez, A., & Calero Morales, S. (2016). Habilidades profesionales de intervención clínica según modo de actuación de estudiantes de tercer año de Estomatología. *Educación Médica Superior*, 31(1). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/941/478>
- Vygotski, L. S. (1983). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico-técnica.
- Leontiev, A. N. (1981). *Actividad, Conciencia y Personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Galperin, P. (1982). *La psicología del pensamiento y la teoría de la formación por etapas de las operaciones mentales*. Antología de la Psicología. 3ra. Parte. Moscú: progreso.
- Talizina, N. F. (2005). *Conferencia sobre los fundamentos de la enseñanza en la Educación Superior*. La Habana: Universidad de la Habana.
- Álvarez de Zayas, C. (2000). *Didáctica: La escuela en la Vida*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Corona Martínez, L., & Fonseca Hernández, M. (2011). El método clínico y los dilemas de la clínica. *Medisur*, 9(5), 474-483. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1588/760>
- Selman-Housein, A. E. (2002). *Guía de acción para la excelencia en la atención médica*. La Habana: Científico-Técnica.
- Ilizástegui Dupuy, F. (2000). El método clínico: muerte y resurrección. *Rev Cubana Educ Med Super*. 14(2):109-27.
- Galperin, P. (1982). *La psicología del pensamiento y la teoría de la formación por etapas de las operaciones mentales*. Antología de la Psicología. Moscú: Progreso.
- Corona Martínez, L., & Fonseca Hernández, M. (2014). Sistema de recomendaciones para mejorar la calidad de la entrevista médica: el ABECEDARIO técnico del interrogatorio. *Medisur*, 12(3), 488-494. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2740/1470>
- Ilizásteguir Dupuy, F., & Rodríguez Rivera, L. (2010). El método clínico. *Medisur*, 8(5), 2-11. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311/346>
- Corona Martínez, L., Iglesias León, M., & Espinosa Brito, A. (2010). Sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones médicas mediante el método clínico. *Medisur*, 8(6), 426-436. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1368/306>