Descargado el: 3-10-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA

La modelación de la actividad de interrogatorio y una aproximación a sus invariantes funcionales

Modeling the Medical Interview and an Approach to its Functional Invariants

Luís Alberto Corona Martínez[1] Mercedes Fonseca Hernández[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. La modelación de la actividad de interrogatorio y una aproximación a sus invariantes funcionales. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Oct 3]; 12(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2527

Resumen

La realización del interrogatorio médico constituye una habilidad de capital importancia en la actuación profesional y su adquisición por el estudiante es un objetivo formativo de alta prioridad en la carrera de Medicina. El propósito de este artículo es contribuir a la orientación de nuestros profesores y estudiantes de Medicina para llevar a cabo sus correspondientes actividades de enseñar y aprender tan importante habilidad clínica. En el desarrollo del artículo se fundamenta, primeramente, el papel de la clínica y del interrogatorio en el diagnóstico médico; seguidamente se propone un modelo de la actividad de interrogatorio, conformado en su ejecución por cuatro momentos distinguibles entre sí por sus objetivos particulares; a partir de esos momentos se realiza una aproximación a las invariantes funcionales de la habilidad.

Palabras clave: entrevistas como asunto, comunicación, relaciones médico-paciente, competencia clínica

Abstract

Conducting a medical interview is a critical skill in professional practice and its acquisition by the student is a high priority training objective in medical studies. This paper aims to contribute to our professors and medical students´ counselling for performing their corresponding activities involving teaching and learning such important clinical skill. Firstly, the role of the clinical examination and interview in medical diagnosis is demonstrated; secondly, a model for conducting the interview is proposed, consisting of four phases distinguishable from each other by their particular objectives. Then, an approach to the functional invariants is performed considering those phases.

Key words: interviews as topic, communication, physician-patient relations, clinical competence

Aprobado: 2014-01-20 14:08:43

Correspondencia: Luís Alberto Corona Martínez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos. luis.corona@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El perfeccionamiento del proceso de enseñanza y aprendizaje en la carrera de Medicina es una misión permanente que los profesores debemos asumir con dedicación, sistematicidad, responsabilidad y creatividad.

En trabajos precedentes hemos fundamentado la utilidad del estudio del proceso asistencial a partir de su modelación.[1-3] La elaboración de modelos ha contribuido al mejor conocimiento de dicho proceso y a la identificación de problemas relacionados con su enseñanza y aprendizaje, así como a la elaboración de propuestas de solución. Todo lo anterior reviste una singular importancia si se asume nuestro planteamiento de considerar al proceso de asistencia médica como el objeto de aprendizaje en la carrera de Medicina.[4]

En este artículo se profundiza en el momento correspondiente a la "obtención de la información" dentro del proceso de asistencia médica, en particular a través de una de sus dos herramientas esenciales: la habilidad del interrogatorio; habilidad de capital importancia en la actuación profesional y de difícil dominio por el estudiante, pues requiere de muchos años de ejercitación y experiencia.

Precisamente, el propósito de este artículo es contribuir al perfeccionamiento de la base orientadora de la acción de la habilidad de interrogatorio mediante una propuesta que sirva de guía a profesores y estudiantes de Medicina en sus respectivas actividades de enseñar y aprender tan importante habilidad, y facilitar con ello el mejoramiento de la enseñanza y aprendizaje del método de la profesión: el método clínico.

DESARROLLO

I.- Importancia de la clínica y del interrogatorio en el diagnóstico médico

Como es conocido, las enfermedades se dan a conocer a través de un conjunto de manifestaciones que expresan las alteraciones estructurales o funcionales que están ocurriendo en un ser humano.

La presencia de estas manifestaciones, su percepción por la persona, despiertan en ella la sensación de enfermedad; sensación contraria a la de bienestar físico y mental característica del estado de salud.

Algunas de estas manifestaciones solamente pueden ser obtenidas a través de la información que brinda el propio paciente o alguien muy cercano a él; son los llamados síntomas, y a ellos se llega mediante los procedimientos del interrogatorio. Otras en cambio, conocidas como signos, pueden solo ser identificadas por el médico a través de los procedimientos del examen físico. También algunas de las molestias referidas por el paciente pueden ser verificadas por el facultativo: son los síntomas objetivados; con ello son llevados entonces a la condición de signos, lo cual aumenta su valor diagnóstico. Síntomas y signos conforman la llamada historia clínica del paciente.

Aunque las manifestaciones de las enfermedades se dan en un individuo que puede tener toda su capacidad de expresión, ellas por sí mismas no afloran espontáneamente en el proceso diagnóstico; se requieren procedimientos para sacar dichas manifestaciones "a la luz". Adicionalmente, todo síntoma y signo posee una serie de cualidades y características cuya precisión es fundamental en el propósito de conseguir la mayor aproximación posible a la afección que aqueja al paciente.

Para obtener toda esta información el médico necesita ejecutar las habilidades relacionadas con el interrogatorio y con el examen físico, por lo que estas se convierten en las primeras habilidades profesionales que entran en juego en el proceso de asistencia médica. El nivel de dominio que de ellas se tenga será determinante en el cumplimiento del objetivo de dicho proceso: la solución del problema de salud del enfermo, lo cual transita invariablemente, como condición necesaria, por un adecuado diagnóstico.

Concretándonos al interrogatorio (o anamnesis, que significa llamamiento a la memoria, al recuerdo), es el proceso de recolección de los síntomas del paciente.

Salvo en el campo de la Dermatología, en el resto de las especialidades médicas el interrogatorio precede al examen físico en la obtención de la información clínica; no obstante, entre ambos procedimientos se establece una relación bidireccional puesto que hallazgos al examen pueden inducir a la realización de nuevas preguntas al enfermo.[5,6] De cualquier manera, es el interrogatorio, en combinación con la observación del paciente, la primera herramienta clínica puesta en juego e, incluso, en algunas afecciones (como las del tracto

digestivo superior) su valor en la obtención de la información es casi exclusivo, dada la escasa información que puede brindar el examen físico en estos casos. Tan significativo papel desempeña también el interrogatorio en campos como la Psicología y la Psiquiatría.

Varios estudiosos del tema coinciden en resaltar la gran importancia del interrogatorio en el proceso diagnóstico.

El profesor Moreno, en su antológico libro "El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales",[7] brinda suficientes elementos que fundamentan la importancia del interrogatorio para el diagnóstico, ejemplificando con citas de estudiosos y con resultados de investigaciones propias y ajenas, donde se evidencia la utilidad de esta herramienta. Padilla, profesor argentino citado por Moreno, señaló que *"toda recomendación sobre la necesidad de ser minucioso en esta herramienta resulta pobre en relación a su importancia"*.[7]

Es aceptado que, ante muchos enfermos, el escuchar la narración espontánea del paciente y la subsiguiente conducción de la entrevista con preguntas dirigidas permiten lograr una significativa aproximación a las hipótesis diagnósticas, lo cual a su vez, constituye un elemento orientador del posterior examen físico a realizar al paciente. Algunos autores han señalado que la contribución del interrogatorio al diagnóstico puede llegar hasta el 82 %.[7]

Hoy en día se hace alusión con elevada frecuencia a un fenómeno negativo que en alguna medida caracteriza a la práctica médica asistencial; fenómeno conocido como "crisis del método clínico".[8]

Paradójicamente, a pesar de la fundamentada importancia de las competencias mencionadas, está reconocido el deterioro en el dominio (y por tanto en la utilización) del interrogatorio y del examen físico del paciente, lo cual obliga a muchos médicos a hacer un uso más amplio y no siempre justificado de los medios complementarios para el diagnóstico, con las variadas consecuencias negativas que ello entraña.

La no utilización adecuada del interrogatorio y del examen físico tiene otra consecuencia profesional muy desfavorable: contribuye a la no consecución de una óptima relación médico-paciente y atenta directamente contra el estado de satisfacción del enfermo y sus familiares; cuestiones de capital importancia para la posterior toma conjunta de las decisiones, tanto de estudio (investigaciones) como terapéuticas.

El profesor Moreno, en su citado libro, aporta suficientes elementos empíricos, resultado de investigaciones personales mediante observación a estudiantes y médicos residentes, acerca de la calidad del interrogatorio; muestra el profesor un listado de 28 deficiencias observadas en el ejercicio de anamnesis, la mitad de las cuales estuvieron presentes en más del 20 % de los observados.[7] Este listado de deficiencias coincide plenamente con nuestra observación durante años a los ejercicios de exámenes "prácticos" a distintos niveles de la carrera e incluso, aunque en menor medida, en residentes.

Desde la perspectiva pedagógica, debemos reconocer la complejidad que entraña el proceso de adquisición del interrogatorio como habilidad. Si una habilidad profesional exige una amplia base teórica, un gran dominio de las técnicas y el arte de la comunicación y un proceso de ejercitación muy prolongado, esa es precisamente la habilidad interrogar. En este sentido se coincide plenamente con el profesor Moreno y otros autores cuando reconoce que la anamnesis *"constituye el recurso clínico de exploración más difícil y que más tiempo lleva dominar"*.[7,9-11]

Realizar interrogatorios verdaderamente productivos exige muchos años de práctica sistemática, porque se necesita una amplia gama de experiencias y vivencias profesionales. En la práctica médica, basta con escuchar a un colega realizar el interrogatorio médico para juzgar con razonable precisión el grado de madurez profesional alcanzado. Como señala Rist, citado por Moreno, *"nunca se aprecia mejor la experiencia clínica, la ciencia, la penetración psicológica y la autoridad moral de un médico que cuando se le escucha mientras interroga"*.[7]

II.- La modelación del interrogatorio

La modelación es un recurso de gran utilidad en el estudio de cualquier fenómeno de la naturaleza, la sociedad o el pensamiento.[12]

Precisamente, como una de las tareas asumidas en función de mejorar la orientación de los profesores y estudiantes, se ha estado

trabajando en la elaboración y aplicación de un modelo de la actividad de interrogatorio que le sirva de referencia al estudiante en su proceso personal de construcción de la representación mental de la habilidad interrogar. Este modelo divide el acto del interrogatorio en cuatro grandes momentos. (Figura 1).

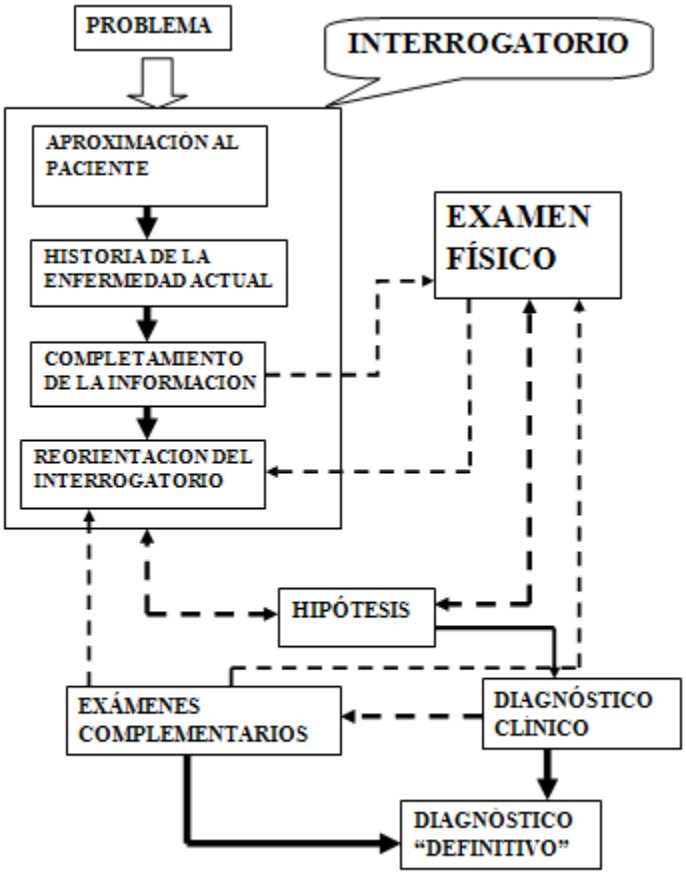

Figura 1. Modelo de la actividad de interrogatorio médico y su relación con otros elementos del proceso diagnóstico.

A continuación se desarrolla el modelo del interrogatorio a través de sus diferentes momentos.

Momento 1: Aproximación al paciente

El momento que hemos denominado "Aproximación al paciente" tiene como objetivo realizar una primera e inicial contextualización integral del enfermo.

Este momento comienza con el saludo y presentación al paciente. Seguidamente se pasa a tomar (y anotar) los datos más generales de la persona entre los que no puede faltar el nombre completo y su edad. También en este momento se puede indagar en la procedencia (o lugar donde radica) con el fin de contextualizarlo geográficamente, lo cual es importante en el orden epidemiológico y para la posterior toma de decisiones de conducta; así como a qué se dedica laboralmente, información de la cual se pueden hacer tempranas inferencias acerca del grado de actividad física del enfermo, su grado de instrucción y su nivel cultural, entre otros aspectos.

A continuación se procederá a indagar en los antecedentes patológicos personales, precisando en cada tipo de enfermedad toda la información

que pueda ser de utilidad. En el caso de las enfermedades crónicas, tanto en niños como en adultos, es conveniente conocer una serie de elementos como son: el tiempo de evolución, nivel de evidencias en que se sustenta el diagnóstico de la afección (diagnóstico clínico, de laboratorio, endoscópico, anatomopatológico, por imágenes, u otras pruebas), el tratamiento indicado con sus dosis, el cumplimiento del tratamiento, la tolerancia a este y el nivel de control de la afección. Igualmente se preguntará acerca de los hábitos tóxicos (café, bebidas alcohólicas, hábito de fumar), con la precisión en la duración e intensidad de cada uno de ellos, de estar presentes en el enfermo.

En el área específica de los antecedentes patológicos personales en las personas adultas, se recomienda que, en caso de que el paciente niegue padecimientos (como suele ocurrir con frecuencia en la práctica cuando se les pregunta si padecen de alguna enfermedad), se insista en esta información mediante la realización de preguntas dirigidas hacia la presencia de algunas enfermedades de alta prevalencia o importancia clínica, como son por ejemplo la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las afecciones cardiacas, el asma bronquial, la epilepsia y las gastropatías crónicas (gastritis, úlcera péptica).

Momento 2: Historia de la enfermedad actual

Una vez realizada la contextualización inicial del paciente, se pasa al segundo momento del interrogatorio, el cual tiene como fin la conformación de la historia de la enfermedad actual, para lo cual el entrevistador estimulará al que brinda la información a narrar las molestias o síntomas presentados de una manera cronológica, para conseguir con ello un verdadero cronopatograma de la afección.

Siempre se comenzará con preguntas abiertas y se irán tomando las notas necesarias para, una vez agotada la posibilidad de la obtención de la información espontáneamente del paciente, conducir el interrogatorio mediante la realización de preguntas más específicas con las que se busca la precisión de la información ya obtenida y la obtención de la información nueva que se considere necesaria.

La observación que han hecho los autores de este artículo sobre la actividad práctica de los estudiantes ha puesto de manifiesto la elevada frecuencia con que muestran dificultades precisamente en dos aspectos fundamentales en este momento de la entrevista: primero, la conducción de la historia hacia el comienzo sintomático de la afección y segundo, la estimulación a que el propio paciente (o quien esté brindando la información) cuente lo más ampliamente posible las molestias. Para remontar al paciente al inicio de los síntomas y promover una narración cronológica de la afección hemos sugerido iniciar este momento con preguntas como: ¿Desde cuando está usted enfermo? ¿Qué fue lo primero que se sintió? Para estimular la narración espontánea del paciente se deben utilizar preguntas como las siguientes: ¿Qué más se sintió usted? ¿Y que sucedió después?

Para concluir lo referente a este momento es importante señalar tres cuestiones adicionales.

Primera, no se debe olvidar que la historia de la enfermedad actual incluye los resultados de los exámenes complementarios ya realizados, las interpretaciones diagnósticas manejadas y los tratamientos aplicados, con sus resultados. Segunda, recordar también que posiblemente la cualidad más importante de dicha historia radica, no en su extensión, sino en su coherencia; entendida esta coherencia como la manera en que en ella se refleja, como un hilo conductor, la secuencia concatenada de las manifestaciones clínicas subjetivas, o sea, de los eventos sintomáticos del paciente; lo cual por demás, no siempre es tan sencillo de lograr.

La tercera cuestión consiste en considerar siempre la conveniencia de identificar, dentro de ese cortejo sintomático, el síntoma (o agrupación de síntomas) que capitaliza la historia subjetiva del paciente, ya sea por su relevancia clínica o por el significado que tiene para el paciente.

Esta última cuestión merece un paréntesis. De una forma casi generalizada observamos que los estudiantes, desde el mismo inicio de la entrevista, intentan identificar el motivo de consulta de una manera directa, a veces mediante una insistencia exagerada. Es tarea nuestra, de los profesores, hacerles ver que en muchas ocasiones ello no es posible, y que en otras tantas veces ni siquiera resulta útil, porque no coincide la molestia que compulsa al paciente a acudir al médico con el evento clínico que, en el orden diagnóstico, tiene mayor relevancia para el facultativo.

Por esta razón, se recomienda “dejar correr” el

interrogatorio para posteriormente seleccionar el síntoma fundamental o el conjunto sintomático más orientador; independientemente de la necesidad de identificar el de mayor relevancia para el propio enfermo.

Momento 3: Completamiento de la información

El tercer momento del interrogatorio permitirá recopilar todo el resto de la información acerca del paciente, lo cual posibilitará tener un conocimiento más integral del enfermo y su contexto.

Este es el momento para indagar acerca de los antecedentes patológicos familiares, las condiciones de la vivienda y de alimentación, las intervenciones quirúrgicas recibidas, las transfusiones o donaciones de sangre, los accidentes y traumatismos, la alergia medicamentosa u otros aspectos de la historia farmacológica no previamente abordados y los elementos epidemiológicos que se consideren necesarios. Ajustado a las particularidades de cada situación, se buscará cualquier otra información de índole psicológica, sociocultural y familiar que pueda ser de utilidad; con especial énfasis en la valoración del contexto sociofamiliar y funcional del paciente anciano.

Disciplinas como la Pediatría y la Ginecobstetricia, por sólo citar dos ejemplos, le aportan información particular al interrogatorio en este tercer momento.

Momento 4: Reorientación del interrogatorio

El cuarto momento del interrogatorio tendrá lugar durante el examen físico del paciente o posterior a este, como expresión de la dinámica bidireccional de la relación entre el interrogatorio y el examen físico en el marco del método clínico, como ya hemos fundamentado en otros artículos.[5,6]

La ocurrencia de este momento estará determinada por el hallazgo de ciertos signos al examen que no eran razonablemente esperados a partir de la historia confeccionada y de las hipótesis sospechadas; y su desarrollo estará sustentado en la realización de preguntas dirigidas o específicas hacia información muy puntual.

Una vez descrito este modelo de la actividad de interrogatorio debemos hacer algunos comentarios particulares.

La configuración cronológica de los momentos del interrogatorio en este modelo difiere en un aspecto de la concepción de la anamnesis expuesta por el profesor Moreno en su texto. Según este autor,[7] constituye un error *"comenzar el interrogatorio buscando definir primero las enfermedades del paciente, ubicarse de entrada a través de varias preguntas cortas iniciales, para sólo después comenzar a inquirir sobre la enfermedad reciente... basado en la premisa de ganar tiempo y establecer desde el comienzo un formato de preguntas y respuestas, más bien que un verdadero diálogo."* Pero, en nuestra opinión, la premisa pudiera ser otra.

Como ha quedado plasmado en el modelo expuesto, realmente consideramos muy conveniente, desde el punto de vista psicológico y relacionado con el proceso comunicativo que se inicia y con la incipiente relación médico-paciente, conocer algunos aspectos generales del enfermo antes de pasar a abordar el problema concreto que le hace solicitar asistencia médica.

Hemos podido observar en la práctica que comenzar el interrogatorio de esta manera facilita la distensión de ese momento inicial al cual el paciente acude con diversas posiciones psicológicas, pero en las que generalmente predomina una lógica actitud recelosa, de tensión y llena de dudas hacia alguien que quizás no haya visto antes en su vida. Entonces se llagará al diálogo (ubicado en nuestro modelo fundamentalmente en el segundo momento) en mejores condiciones para hacer más productivo el proceso comunicativo.

Dejando a un lado el aspecto psicológico, hay otra razón de peso que, a nuestro juicio, fundamenta nuestra posición en este asunto. Y es que conocer de inicio la edad del paciente y cierta información acerca de las enfermedades que padece y sus hábitos tóxicos le permite al médico configurar rápidamente una representación mental del paciente que se asiste; representación mental que se enriquecerá progresivamente en el curso de la entrevista, no solo con los elementos de índole biológicos, sino también con los aspectos sociofamiliares, psicológicos y culturales necesarios para conformar una "idea" integral del enfermo.

En nuestra labor docente cotidiana estimulamos a los estudiantes a que, a partir de esa

información inicial, elaboren mentalmente un contexto patológico del paciente, conformado por afecciones o situaciones patológicas de reconocida asociación con los datos obtenidos, mediante un proceso que pudiéramos denominar "una primera activación de hipótesis"; hipótesis que al final pudieran estar presentes o no. A manera de ejemplos pudiéramos referirnos a los siguientes: la presencia en el paciente de una diabetes mellitus de mal control metabólico y de más de 10 o 15 años de evolución conduciría a esperar en el paciente ciertas complicaciones propias de esta afección, de la misma forma que un intenso y prolongado hábito de fumar haría "sospechable" una enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

De manera resumida, en el cuadro 1 se presenta la información a indagar en cada uno de los momentos del interrogatorio, según el modelo presentado.

III.- Las invariantes funcionales de la habilidad interrogar

A partir del modelo de la actividad de interrogatorio presentado se ha realizado una aproximación a las que pudieran ser las invariantes funcionales de la habilidad interrogar; habilidad que estaría constituida por las siguientes acciones generalizadoras:

- Establecer el contexto básico inicial del paciente.
- Elaborar la historia de la enfermedad actual y su cronopatograma.
- Completar la información integral del enfermo.
- Reorientar el interrogatorio a partir de la información obtenida del examen físico. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Síntesis de aspectos a indagar, distribuidos por los momentos del modelo del interrogatorio

Aproximación al paciente
- Nombre
- Edad
- Lugar de residencia
- Ocupación
- Antecedentes patológicos personales
- Hábitos tóxicos

Historia de la enfermedad actual
- Cronología coherente de síntomas y eventos clínicos
- Asistencia médica recibida, exámenes complementarios realizados con sus resultados, diagnósticos ofrecidos, tratamientos prescriptos y sus efectos
- El síntoma o conjunto de síntomas capitales

Completamiento de la información
- Antecedentes patológicos familiares
- Condiciones de la vivienda y de alimentación
- Intervenciones quirúrgicas
- Transfusiones o donaciones de sangre
- Accidentes y traumatismos
- Alergia medicamentosa
- Otros aspectos de la historia farmacológica
- Elementos epidemiológicos
- Cualquier otra información de índole psicológica, sociocultural y familiar
- Énfasis en la valoración del contexto sociofamiliar y funcional del paciente anciano

Reorientación del interrogatorio
- Información muy puntual

De estas cuatro acciones más generales se derivan ocho acciones más específicas que permiten la concreción de las primeras, como se expone en el siguiente cuadro: (Cuadro 2)

Cuadro 2. Acciones concretas para la ejecución de la habilidad *interrogar*.

- Saludar y presentarse al paciente.
- Obtener los datos generales del paciente mediante preguntas dirigidas a conocer el nombre completo, edad, lugar de residencia, ocupación, antecedentes, hábitos tóxicos u otros que de inicio se considere de utilidad.
- Indagar sobre las molestias, síntomas o preocupaciones que aquejan al paciente, organizarlos cronológicamente (cronopatograma) y precisar sus características semiográficas.
- Identificar el síntoma (o agrupación de síntomas) de mayor relevancia en la historia subjetiva del paciente.
- Precisar información relacionada con asistencia médica previamente recibida, exámenes complementarios realizados y sus resultados, y tratamientos efectuados, con sus correspondientes efectos.
- Indagar sobre otros elementos clínicos (antecedentes familiares, hábitos tóxicos, intervenciones quirúrgicas, entre otros), epidemiológicos, psicológicos, económicos o sociofamiliares que puedan ser de utilidad.
- Reorientar el interrogatorio a partir de información proveniente del examen físico.
- Hacer las anotaciones correspondientes de toda la información clínica obtenida, de la manera más clara, fiel y coherente posible.

CONSIDERACIONES FINALES

La propuesta realizada amerita algunos comentarios adicionales.

En primer lugar debemos recordar que el modelo de interrogatorio expuesto ha sido elaborado en función del aprendizaje de dicha actividad, específicamente en condiciones de casi total inexperiencia. Este modelo no significa que el interrogatorio deba ser realizado exactamente de este modo cuando se ha adquirido más

experiencia, pues cada estudiante le irá imprimiendo a la ejecución de la habilidad su propio sello personal. Adicionalmente, el estudiante debe reconocer que en determinadas circunstancias (como es el caso de las situaciones de urgencia, dada la rapidez con que debe ser obtenida la información) la utilización "literal" de este modelo o la aplicación de las recomendaciones técnicas no solo no es posible, sino que incluso puede no ser conveniente.

En segundo lugar hay que señalar que, aún siendo empleado en función del aprendizaje, la utilización del modelo no se ha concebido de una manera esquemática. Lo que se pretende es que los profesores (fundamentalmente los de menos experiencia docente) y los estudiantes cuenten con una "guía" elemental para enfrentar el inicio de la enseñanza y el aprendizaje de la habilidad.

Como consecuencia de la necesaria individualización del interrogatorio a cada paciente, y de la inevitable influencia de los estilos personales de cada médico (y profesor), la flexibilidad del modelo en su aplicación radica en la posibilidad de mover algunas de las informaciones a indagar desde un momento de la actividad a otro, sin que ello tenga implicaciones importantes en el cumplimiento de su objetivo primario. Basta citar un ejemplo dentro de varios que pudieran ser mencionados: la historia farmacológica, en su totalidad o en ciertos aspectos relacionados con ella, puede ser trabajada en el tercer momento, y no necesariamente en los inicios de la entrevista. Igualmente puede hacerse con los antecedentes personales o con los hábitos tóxicos. O con la historia de la concepción y el nacimiento, en los niños; o la historia obstétrica en las embarazadas.

El tercer y último comentario a realizar consiste en que, adicionalmente a todos los aspectos técnicos aquí desarrollados, debemos tener en cuenta que la base orientadora de la acción para llevar a cabo la habilidad interrogar incluye todos aquellos elementos relacionados con el estudio de los síntomas (concepto, mecanismo de producción, caracterización) y con las enfermedades que los producen. Hay que saber no sólo cómo se va a preguntar, sino qué se va a preguntar y cómo se va a interpretar la información.

Por tanto, todos esos contenidos constituyen un componente fundamental del cuerpo de conocimientos o base gnoseológica de la habilidad de interrogatorio; contenidos que el estudiante va incorporando progresivamente tanto en el transcurso de cada asignatura (de tema en tema) como en el transcurso de la carrera (de asignatura en asignatura), incrementando con ello, de igual forma progresiva, su competencia para realizar adecuadas y productivas entrevistas médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corona Martínez L. La atención médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico al estudio de la asistencia médica. Medisur [revista en Internet]. 2005 [cited 19 Dic 2011] ; 3 (2): [aprox. 4p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/106.

2. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 19 Dic 2011] ; 8 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000200007&script=sci_arttext.

3. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M, Figueiras Ramos B, Hernández Rodríguez J. Vinculación de los fundamentos filosóficos del método de simulación con la modelación como método científico general de investigación. Rev Cubana Educ Med Super. 2002 ; 16 (3): 204-10.

4. Corona Martínez L. El objeto de aprendizaje en la carrera de medicina: el proceso de atención médica y su método, el método clínico. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 15 Dic 2012] ; 9 (2): [aprox. 4p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1561/7306.

5. Corona Martínez L. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 19 Dic 2011] ; 5 (1): [aprox. 5p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/235.

6. Corona Martínez L. Representación esquemática-sintética del modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 19 Dic 2012] ; 5 (1): [aprox. 4p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/arti

cle/view/234.

7. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.

8. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med. 1998 ; 37: 123-8.

9. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000 ; 39 (2): 106-14.

10. Moreno Rodríguez MA. Valor del interrogatorio en el diagnóstico. Rev Cubana Med. 2000 ; 39 (3): 160-5.

11. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Ateneo. 2000 ; 1 (1): 21-7.

12. Bermúdez Sarguera R, Rodríguez Rebustillo M. Algunas consideraciones teóricas para el tratamiento metodológico de habilidades básicas en la Educación Superior. Rev Cubana Educ Sup. 2003 ; 23 (1): 39-46.