DESARROLLO FILO-ONTOLÓGICO DE LOS MODELOS ENSEÑANZA APRENDIZAJE DEL DIAGNOSTICO MEDICO DE PREGRADO EN EL CONTEXTO CUBANO.

(Segundo acercamiento a la evolución de la Didáctica Clínica Cubana, con un mayor grado de esencialidad, a través de uno de su objeto esencial)

SEXTA LECTURA

Historia y Epistemología de la Didáctica de la Clínica Cubana

Producto de tesis doctoral. 2015.

Eladio Francisco Vicente Odio. Dr. en Ciencias Pedagógicas. Dr. En Medicina**.** Especialista II grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de Medicina interna.

Alcides Jesús Almaguer Delgado. Dr. en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular y Consultante CES. Universidad de Ciencias Pedagógicas Santiago de Cuba. MINED.

Avelina Miranda Vázquez. Dra**.** en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular Universidad de Ciencias Pedagógicas de Santiago de Cuba.

Ramón Enrique García Rodríguez. Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

RESUMEN

A partir de la década del cincuenta del siglo XX, en la comunidad clínica mundial y en particular en la cubana, se comenzaron a manifestar irregularidades en el actuar profesional relacionado con el diagnóstico médico, en el orden de los procedimientos del método clínico, condicionado por la concepción positivista, al ponderar la tecnología en relación con la heurística clínica. Este enfoque se introdujo, en el contenido del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico y, al relacionarse con el enfoque didáctico positivista, condujo a un insuficiente actuar en el diagnóstico médico. Esto precisó como objetivos de la investigación: Caracterizar la evolución histórica del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en la formación de pregrado cubana. Se utilizó como metodología el paradigma cualitativo. Se reveló los modelos, relaciones esenciales, hitos y periodos del desarrollo filo-ontológico de la enseñanza aprendizaje del diagnóstico módico de pregrado en el contexto cubano.

Palabras claves: interdisciplinar, didáctica de la clínica, método clínico, examen clínico, enfoque, evolución histórica

INTRODUCCION

La ciencia clínica posee un sinnúmero de objetos de saber, uno de ello es el método clínico, el que se define como el sistema de procedimientos dirigido al diagnóstico médico individual, es el método científico particularizado en la ciencia clínica. Consta de procedimientos como: 1) motivo de consulta, 2) examen clínico, 3) diagnóstico clínico, 4) confirmación diagnóstica, 5) diagnóstico médico; equivalentes

a los procedimientos de planteamiento del problema, recogida de información, hipótesis, constatación y comprobación del método científico. [1,2,3,4,5]
El primer procedimiento del método clínico revela, mediante la entrevista, el motivo por el cual se asiste a consulta; este se integra a la información semiológica manifestada por el examen clínico, con la que se obtiene un reflejo de los elementos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales de una parcela de la realidad del paciente; pasando mediante un proceso de síntesis al diagnóstico clínico. Luego los elementos de esencia del diagnóstico clínico se interrelacionan de forma coherente con sus análogos en los exámenes complementarios, para profundizar y fundamentar la información acumulada y acceder mediante un proceso de síntesis más complejo al diagnóstico médico, definitorio del proceso de salud enfermedad individual.

De tal manera se infiere que todo estudio del proceso salud enfermedad individual deben iniciarse con un óptimo examen clínico, procedimiento encargado de transformar una parcela la realidad en un reflejo, en tanto más isomórfico en la medida que el examinador optimice su modo de actuación profesional. Sin examen clínico no se concibe la práctica médica, manifestando en ello uno de los elementos formativos más importantes dentro de la ciencia clínica.

En la ciencia clínica de países desarrollados a partir de la década del cincuenta del siglo XX se comenzó a manifestar irregularidades en el modo de actuación de los profesionales dado por cambios en el orden de los procedimientos del método clínico; condicionado, entre otras causas, por una inadecuada interpretación de los adelantos científicos técnicos en la clínica, al ponderar en los procedimientos del método el uso de la tecnología sobre la heurística clínica. Investigaciones realizadas por Bauer 1958,[6] Hampton 1975,[7] Sandler 1979,[8] Young 1983,[9] Rich E.C. 1987 [10] en los Estados Unidos e Inglaterra, demostraron el valor del examen clínico al exponer que la óptima entrevista permite acercarse al diagnóstico médico del 56 al 62 % de los casos; el examen físico añade a este promedio de un 9 al 17 % y la tecnología aporta el resto.

Estos cambios en el orden de los procedimientos del método clínico fueron transmitidos como parte del contenido del proceso de enseñanza aprendizaje, por profesores de clínica; con repercusión en el modo de actuación profesional. Engel George L. 1976 opinó sobre la declinación de las habilidades en el examen clínico y su diferencia con la extrema confianza de la sociedad occidental en la tecnología para

---

[1]Espinosa Brito A. Medicina Interna ¿Qué fuiste, Qué eres, Qué serás? Revista cubana de medicina. 1999; 38 (1): pp 79-90.

[2]Moreno Rodríguez Miguel A. "Crisis del método clínico." Revista cubana de medicina. 1998; 37 (2): pp 123-128.

[3] Hernández Hernández R. Del método científico al clínico: consideraciones teóricas. Revista cubana de Medicina General Integra. 2002; 18(2): 161-164.

[4] Cohen, Morris R., Ernest Nagel. "Introducción a la lógica y al método científico: lógica formal." 1983.

[5] Hamme, Martyn, and Paul Atkinson. "Etnografía. Métodos de investigación." Baecelona: Paidós 1994.

[6] Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1958:XI.

[7]Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of the history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical out patients. Br Med J. 1975; 2: 486-9.

[8]Sandler G. Cost of unnecessary tests. Br Med J. 1979;2:pp 21-24.

[9] Young MJ, Posses RM. Medical students perceptions of the value of the history and physical examination. J Med Educ. 1983; 58:7pp 38-39.

[10] Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of the internal medicine physicians. Arch Intern Med. 1987; 1477: pp 1957-1960.

resolver los problemas médicos.[11] Iberti Thomas 1985, observó a la mayoría de los residentes realizar muy pocas veces un examen clínico completo y raramente se comprometerse de manera efectiva con los pacientes.[12]

Patricia Numan 1988, en la Universidad de Nueva York, consideró que la mayoría de los pleitos judiciales contra los médicos son por insuficiencias en la comunicación con los enfermos. En su opinión, las causas de estas son principalmente educativas más que técnicas.[13]Esto fue corroborado por investigadores mexicanos, canadienses y norteamericanos.[i]

A partir de la década de los 90 del siglo XX en Cuba se describen las primeras investigaciones sobre el tema. Los primeros en abordar la problemática fueron Moreno Rodríguez Miguel A. y Ilizastigui Dupuy Fidel E. (1924-2005). Moreno Rodríguez Miguel A. 1998 dio argumento de la existencia de la crisis del método clínico y sus consecuencias en la práctica médica en países desarrollados y subdesarrollados, estos primeros encabezados por Estados Unidos. Este al presentar un avanzado nivel científico-técnico ejerce una fuerte influencia sobre médicos e instituciones de salud del resto del mundo. Apuntó además que la crisis gira alrededor de aspectos como: deterioro de la relación médico-paciente, menosprecio del valor del examen clínico, sobrevaloración de la función de la tecnología y desinterés creciente por la medicina interna y la atención primaria de salud.[14]

Ilizastigui Dupuy Fidel E. en el año 2000 planteó algunas de las insuficiencias en la enseñanza aprendizaje del método clínico, involucrando tanto el pregrado como el postgrado. A continuación se relacionan los planteados por él:

1) Las discusiones clínico patológicas que proporcionaban a los médicos el total de las informaciones provenientes del paciente, pasó insensiblemente a la formación de pregrado; 2) poco uso en el proceso de enseñanza aprendizaje del diagnóstico diferencial, topográfico, temporal y etiológico; 3) formación en pregrado por profesores implicados al unísono en la enseñanza y asistencia sin una estructura y organización adecuada; 4) inadecuada enseñanza aprendizaje en el uso indiscriminado de la tecnología y la inferencia computacional como medios de mayor productividad de tiempo y esfuerzo; 5) sobrevaloración social de los complementarios en el diagnóstico médico, hace que el paciente concurra a la consulta médica con un número excesivo de exámenes complementarios ya realizados; 6) poca información por parte de los médicos del valor diagnóstico del conocimiento clínico por encima de los complementarios; 7) el uso excesivo de complementarios por temor a represalias de carácter legal; 8) desestimación del valor heurístico del médico al recurrir a la tecnología y farmacología como medio para resolver situaciones comprometedoras.[15] Lo anterior determinó que muchos egresados al ser enseñados inadecuadamente tengan un modo de actuar clínico profesional incorrecto, creando métodos individuales de forma arbitraria y desorganizada sin una base teórica correcta.

En el año 2000, en el Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", Moreno Rodríguez M. utilizó una lista de 44 elementos para evaluar bajo observación directa las entrevistas médicas que 48 internos realizaran a 96 pacientes hospitalizados detectándose 783 deficiencias, concluyendo que algunas

---

[11] Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA 1976;236(7):861-3.

[12] Iberti TJ. American medical education: has it created a Frankenstein? Am J Med 1985;78: 179-81.

[13] Numan P. Our greatest failure. Am J Surg 1988;155(2):263-5.

[14] Moreno Rodríguez Miguel A.. Crisis del método clínico. Rev cubana med [revista en la Internet]. 1998 Jun [citado 2014 Abr 14] ; 37(2): 123-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000200010&lng=es.

[15] Ilizástigui Dupuy Fidel. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2000 Ago [citado 2014 Abr 15] ; 14(2): 109-127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es.

deficiencias no deberían ser tan frecuentes en el último año del currículo y destaca que la tercera parte de los internos nunca fueron supervisados a la hora de hacer un examen clínico en la carrera. [16]
En el mismo hospital Blanco Miguel A. en el 2002, reveló la poca calidad de la entrevista médica realizada por los internos, evidenciando una insuficiente profundización en ese contenido a lo largo de la carrera. Además expresó que la enseñanza aprendizaje de las habilidades clínicas no puede limitarse a una asignatura o disciplina, estas deben iniciarse tan pronto comiencen los estudiantes a relacionarse con el paciente y debe continuar a lo largo de la carrera[16] y en postgrado.

Moreno Rodríguez M. en el 2002 en el mismo hospital, al valorar los errores cometidos por los residentes planteó la necesidad de revisar el enfoque de la enseñanza aprendizaje de la entrevista médica en los diferentes programas de las asignaturas. Comentó que las asignaturas clínicas no deben perder más espacio en currículo, los profesores deben profundizar en el contenido de la entrevista médica y como enseñarla, enfatizó que en los textos clínicos actuales deben cobrar valor las descripciones clínicas.[17]
Canelles Marino G. en el Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay" en el 2003, grabó 50 entrevistas realizada por igual número de estudiantes, detectando un total de 383 deficiencias, las más frecuentes fueron en la historia de la enfermedad actual, en el desarrollo general de la entrevista y en los tipos de preguntas. [18]
Roméu E.M. 2004 en la Facultad de Ciencias Médicas de la provincia de Cienfuegos, realizó un estudio donde participó el 70% de los internos, mostrando irregularidades en el conocimiento y aplicación del método clínico, los internos evaluaron de regular sus habilidades relacionadas con el método clínico y los resultados de sus exámenes estatales reflejaron aún mayores dificultades. [19]
En la Universidad Médica de Santiago de Cuba Domínguez Eljaiek Carlos F. en el 2006, analizó el proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico tanto en pregrado como en postgrado, revelando condicionantes negativas como: la crisis de la medicina interna, el desarrollo creciente de las subespecialidades, el desplazamiento de la propedéutica como asignatura a finales de los años 60 con la introducción del plan integrado, pérdida de la pirámide docente, insuficiente calificación del profesor en didáctica, el mantenimiento del claustro profesional en actividades diversas dificultando su desempeño docente. En los departamentos docente-metodológicos el objetivo esencial no estuvo centrado en el método clínico. [20]
En el Instituto superior de Ciencias Médicas de Camagüey, Santana Téllez Tomás N en el 2007, se estudió en los estudiantes de tercer año de la carrera de medicina la realización del examen clínico,

---

[16] *Blanco Aspiazu Miguel. Diferencias en la calidad de la anamnesis en alumnos de tercer y sexto años de medicina. Rev Cub Med Mil. 2002 [citado 2013-10-24]; 31(4); [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000400007&lng=es&nrm=iso*

[17] Blanco Aspiazú, MA, Hernández Azcuy O, Bosch Bayard RI, Moreno Rodríguez M. Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. Revista Cubana de Medicina Militar. 2002; 31(2): 104-109.

[18]Canelles Pupo MG, Moreno Rodríguez MA, Echevarria Parlay JC, Bestard Pavon LA. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de audio. *Rev Cub Med Mil*. 2003 [citado 2013-10-24]; 32 (3), [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3046.

[19]Roméu Escobar, M., and B. Sabina Roméu. "Desarrollo de habilidades clínicas. Valoración por los alumnos de sexto curso en práctica profesionalizante. Medisur. 2007 [Citado: 23-10-2013]; 2 (3):[aprox.: 4 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/73

[20] Eljaiek, Carlos Felipe Domínguez, Francisco Alberto Durán García, and Diana Romero Calzado. "Reflexiones acerca de la evolución de la propedéutica y el método clínicos." Medisan 10.1 (2006): 1.

detectándose: falta de organización en la historia psicosocial y la entrevista médica, examen físico poco minucioso e inadecuada relación entre la entrevista y el diagnóstico médico. [21]

Blanco Miguel A. en la Habana en el 2009, planteó que la enseñanza aprendizaje del examen clínico en la Atención Primaria de Salud (APS) se desarrolla por bibliografías básicas confeccionadas para la atención secundaria de salud (ASS), apuntó tener en cuenta que los enfermos en la APS se encuentran en estadios evolutivos del proceso salud enfermedad diferentes que los del hospital. Los médicos de la APS atienden una población más amplia y variada en relación con los del nivel secundario, por tanto son los que deberían dedicar más tiempo a la enseñanza aprendizaje de la propedéutica en el currículo, enfatizando en los síntomas y signos denunciantes de estadios precoces de enfermedades, los cuales deben ser mejor definidos e incluidos en el contenido propedéutico. [22]

García Núñez D. en Cienfuegos en el 2010, expuso algunas particularidades del diagnóstico en la atención primaria de salud, sus vulnerabilidades y las principales deficiencias presentadas en la enseñanza aprendizaje. [23] Rocha Vázquez M. en la misma provincia y año, evaluó la competencia de los residentes de Medicina General Integral en la atención a la familia y solo el 11,8% de los residentes aprobaron el examen aplicado. Las mayores dificultades se hallaron en los elementos de evaluación del funcionamiento familiar y en el examen para determinar la salud familiar. [24]

Serra Valdés Miguel Á. en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera" en el 2014 reveló los criterios de los estudiantes de la APS al plantear que ellos tienen menos tiempo con los profesores por las funciones asistenciales y administrativas. Además señalan que los contenidos no se les imparten con igual calidad en comparación con el contexto hospitalario. Demostró este investigador insuficiencias en la enseñanza aprendizaje de la Semiología y la Propedéutica en el orden práctico al existir dificultades en la confección de la Historia Clínica, apunta de los modelos impresos de examen clínico por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) sus incompletas estructuras contribuyendo a la mala formación de los estudiantes al dejar de explorar aspectos necesarios y omitiendo datos de valor clínicos. [25]

La práctica docente del examen clínico presentan problemas sobre todo en el Sistema Nervioso, no hay solidez ni uniformidad en la enseñanza aprendizaje de sus procedimientos básicos. El examen genital deja de hacerse en ambos sexos por la exigencia de óptimas condiciones de privacidad. [25]Aún continúa en el pase de visita las disertaciones magistrales, las técnicas muy especializadas, las enfermedades raras y la enseñanza no encaminada a evaluar el modo de actuación profesional en el examen clínico,

---

[21] Santana Téllez TN. y col. Deficiencias en la aplicación del método clínico en estudiantes de tercer año de medicina. Rev. Hum. Med. 2007[citado 2013-10-24]; 7(1); [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202007000100010&script=sci_arttext

[22] Blanco Aspiazú MÁ, Suárez Bergado R, Fernández Camejo J, Canelles Pupo MG, Ramírez Chávez J. La municipalización de la enseñanza de la clínica. Revista Cubana de Medicina. 2009; 48(3): pp 101-108.

[23] Núñez, R. D. G. El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones. Medisur.2010; 8(5): pp 144-155.

[24] Rocha-Vázquez, M., & San Juan-Bosch, M. A. Evaluación de la competencia profesional de residentes de Medicina General Integral para la atención a la familia. Educación médica Superior. 2010; 13 (1): pp 41-46.

sin permitirles a los estudiantes enfrentar adecuadamente los problemas clínicos profesionales, extendiendo estos errores al postgrado. [25]

Las investigaciones nacionales y foráneas anteriores revelan un insuficiente proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico condicionante de un deficiente modo de actuación profesional en la arista del diagnóstico médico, sin encontrarse en las señaladas investigaciones una propuestas didácticas viables para la solución de esta problemática en el actual periodo cubano, permitiendo centrar el **problema científico** de la investigación en la insuficiencia en la enseñanza aprendizaje del método clínico de pregrado. Este problema tiene como **objeto** el proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico de pregrado en el contexto cubano. Para dar solución al problema planteado se precisa como **objetivo** revelar los modelos, relaciones esenciales, hitos y periodos del desarrollo filo-ontológico de la enseñanza aprendizaje del diagnóstico módico de pregrado en el contexto cubano. La ejecución del objetivo se realizó al aplicar **métodos teóricos** como: **Histórico-lógico:** en el estudio de la evolución histórica del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en la formación postgraduada cubana; en el fundamento de las relaciones de mayor pertinencia del desarrollo del enfoque didáctico. **Genético:** integrado con el histórico lógico, permite lograr un grado mayor de generalización en los diferentes aportes y arribar a la esencia del objeto y campo de investigación. **Análisis y síntesis:** en el estudio crítico de las bibliografías consultadas, en la conformación de los fundamentos del aporte teórico, en los procesos de diagnóstico y de validación de los resultados investigativos. **Hipotético – deductivo:** se emplea en la conformación metodológica de la investigación, en el análisis y construcción las relaciones de mayor pertinencia del desarrollo del enfoque didáctico. **Sistémico – estructural:** al revelar el sistema de relaciones históricas, en las relaciones interdisciplinarias, en la premisa de dar respuesta al problema científico como algo íntegro y lograr su relación con el marco teórico. **Sistematización:** al sistematizar los resultados de la sistematización de la periodización del objeto de investigación. **Hermenéutico – dialéctico:** en la interpretación de diferentes postulados teóricos vinculados a la temática investigada. El **aporte teórico**: consistió en los periodos y etapas del objeto de investigación en pregrado

DESARROLLO

La lógica investigativa se sustenta, en cuatro relaciones, conceptualizadas como de mayor pertinencia en el desarrollo del enfoque didáctico del examen clínico empleadas para manifestar, la esencia del enfoque: la enseñanza-aprendizaje del examen clínico. Estas relaciones de mayor pertinencia son: relación saber-enseñanza, necesidad social-enseñanza, enseñanza-aprendizaje y proceder profesional del examen clínico en la formación postgraduada. Las relaciones de mayor pertinencia del desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje del examen cínico organizan las valoraciones críticas del enfoque actual de enseñanza-aprendizaje del examen clínico; además, como relaciones esenciales del desarrollo filo-ontológico del enfoque enseñanza-aprendizaje del examen clínico en la formación postgraduada y en función de las demandas sociales del actual contexto cubano,[26] además orientan la exploración de fundamentos teóricos necesarios, revelan la macro-orientación del enfoque en el epígrafe 1.3 y desarrollar el posterior modelado del campo investigativo.

El desarrollo filo-ontológico aporta un periodo precedente, anterior al inicio de la enseñanza aprendizaje del examen clínico en Cuba, (1000 d.C. - 1834) con presencia de dos sistemas antecesores: el mágico

[25] Serra Valdés M., Viera García M. Consideraciones sobre la enseñanza de la Semiología, la Propedéutica y el proceso diagnóstico en la práctica clínica. Educación Médica Superior [online]. 2014; 28 (1): pp 0-0

[26] Entre las funciones de las relaciones de mayor pertinencia del desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje del examen cínico en la formación postgraduada del médico general está la de claves hermenéuticas, concepción trabajada por disímiles autores cubanos. Almaguer A, 2008; Escobar NV, 2009; Travieso N, 2010; Fuente E, 2011

religioso (1000 d.C.- 1510) y el escolástico tradicional biologicista (1710 – 1734), sistemas donde las interrelaciones de mayores pertinencias manifiestan cualidades no constitutivas de un enfoque de enseñanza aprendizaje. En el sistema mágico religioso las funciones de instruir estuvieron en el behique, siendo esta por imitación, empírica, mágica e imaginativa. A pesar de sus características primitivas, manifestó una óptima adaptación del contexto singular en el particular, su transformación se condicionó por razones naturales y del pensamiento social. **Figura 1.**

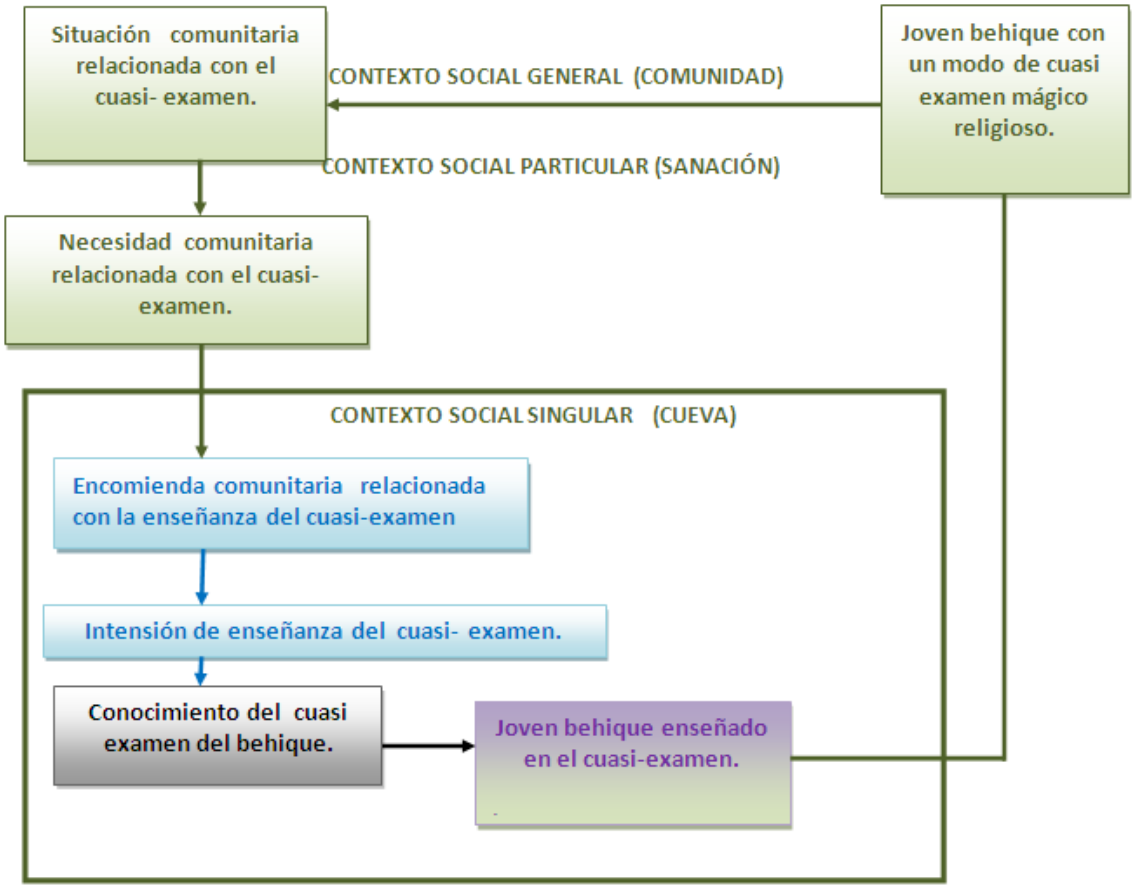
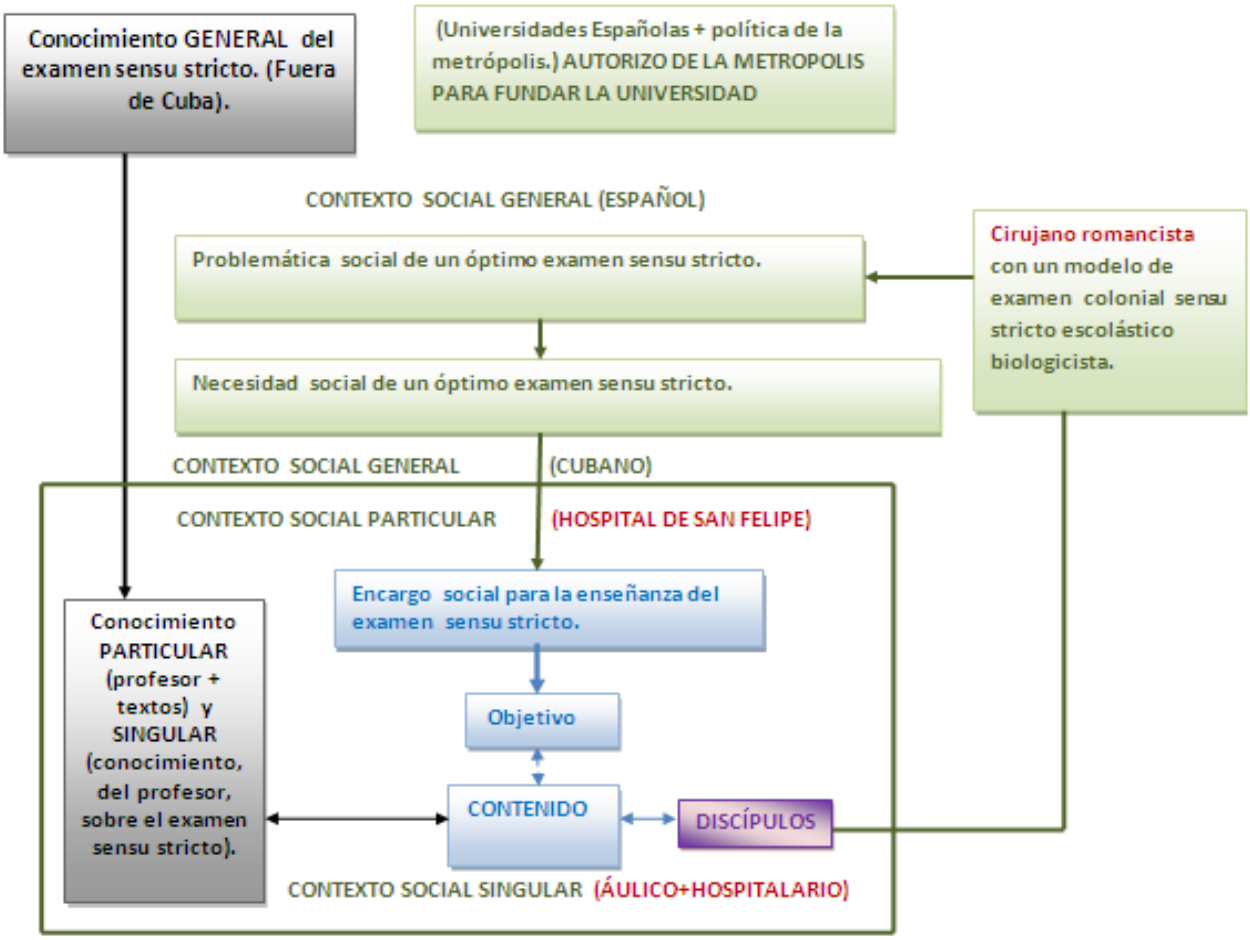


Figura 1. Sistema mágico religioso de enseñanza aprendizaje del cuasi-examen en el contexto cubano.

Siguió el sistema escolástico tradicional biologicista de enseñanza aprendizaje del examen sensu stricto donde las funciones de la enseñanza estuvieron principalmente en los sacerdotes, la enseñanza aprendizaje del examen sensu stricto presentaba un enfoque tradicional escolástico al impartir el contenido de forma empírica, imaginativa, teórica y práctica. No obstante se relacionaba el conocimiento del examen sensu stricto de los profesores con el personal que fungía como aprendiz en un espacio aúlico hospitalario condicionado por la necesidad social de la enseñanza del examen sensu stricto pero su producto no universitario tenia limitaciones en el modo de actuación profesional. Cuando el contexto general emitió el autorizo se produjo nuevas estructuraciones de las relaciones en el contexto particular dando paso al inicio del primer modelo de enseñanza aprendizaje del examen sensu stricto en 1734. **Figura 2.**



Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 2. Sistema tradicional escolástico de enseñanza aprendizaje del examen sensu stricto a partir de 1711 en Cuba.

El modelo de enseñanza aprendizaje del examen sensu stricto escolástico tradicional biologicista de 1734, se caracterizó por ser empírico e imaginativo, no mágico, las funciones de enseñanza estuvieron a cargo de sacerdotes y médicos, con estrictos criterios morales, raciales y sociales en la elección del aprendiz. Desapareció en la enseñanza y aprendizaje las prácticas en el espacio hospitalario. Se estableció características parciales de autonomía en el contexto particular en relación al pensamiento y necesidad social, con una dependencia científica marcada al contexto general uni-nacional, el profesional manifestaba un modo colonial escolástico biologicista en la realización del examen sensu stricto respondiendo ineficazmente a las necesidades sociales y ambientales. Aparecieron las relaciones del currículo oculto como mecanismo de adaptación del contexto particular en el general cubano. La transformación del modelo se condicionó por la necesidad de incorporar el conocimiento generado en el contexto general cubano en el particular realizándose esta actividad en 1842. **Figura 3**

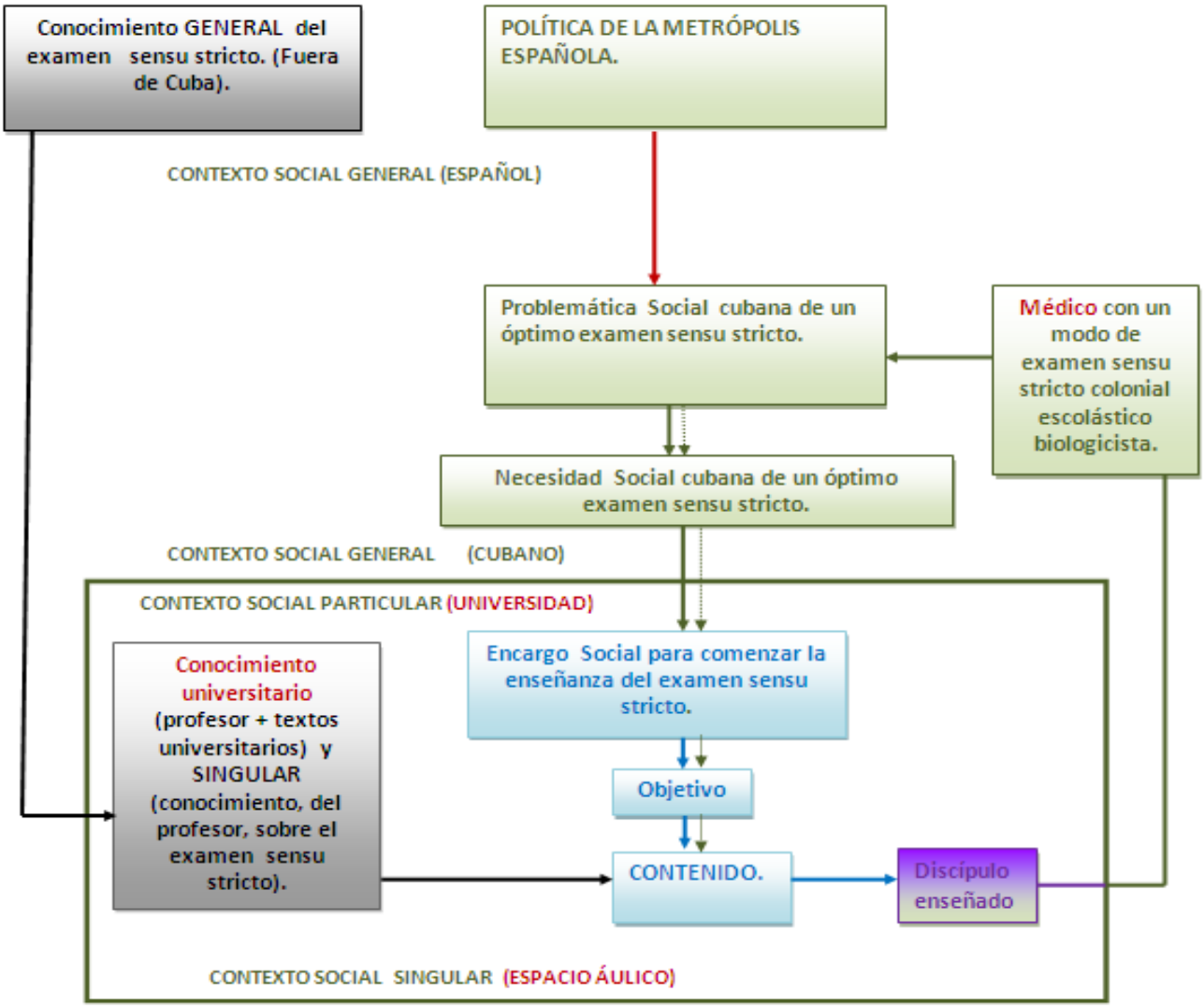
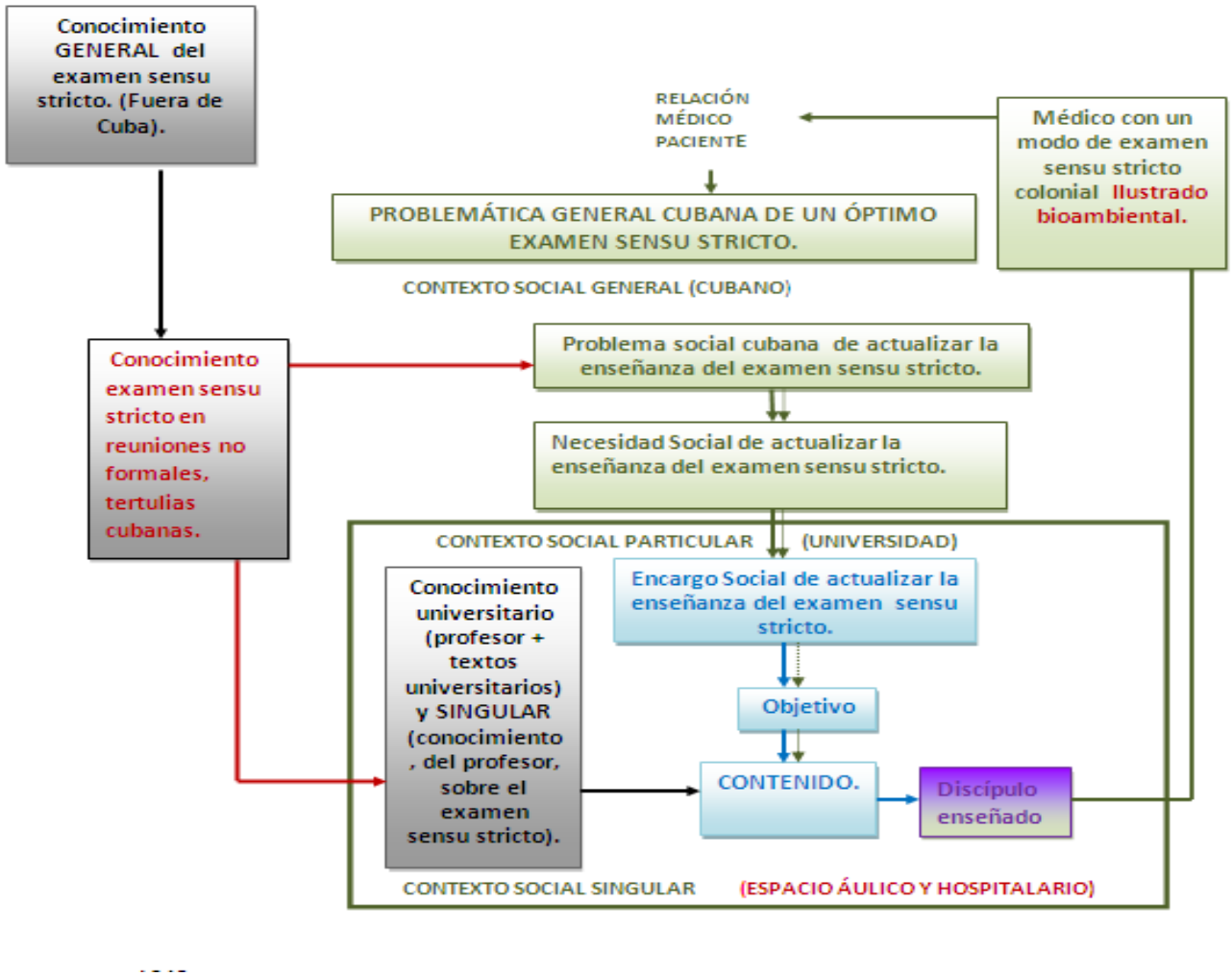


Figura 3. Modelo de enseñanza aprendizaje escolástico tradicional biologicista del examen sensu stricto a partir de 1734 en Cuba.

El modelo de enseñanza aprendizaje del examen sensu stricto tradicional ilustrado bioambiental del 1842, se caracterizó por una incipiente orden, veracidad y técnicas en el contenido del examen sensu stricto por sus características ilustradas, las funciones de enseñanza estuvieron en médicos y la elección del aprendiz incluía estrictos criterios morales, raciales y sociales. Incluyó en el contexto particular las relaciones del conocimiento cubano generado fuera de la universidad mejorando el enfoque de enseñanza aprendizaje del examen-sensu stricto y la calidad del contenido aún muy alejado de las necesidades socio-ambientales. El profesional presentaba un modo colonial ilustrado bioambiental en la realización del examen sensu stricto. Se mantuvo las relaciones del currículo oculto como un mecanismo de adaptación del contexto particular a la demanda socio-ambiental del general. **Figura 4.** Aproximadamente en el año 1900 ocurrieron importantes transformaciones en las relaciones del pensamiento social en el contexto general cubano que condicionó transformaciones del contexto particular en 1904.

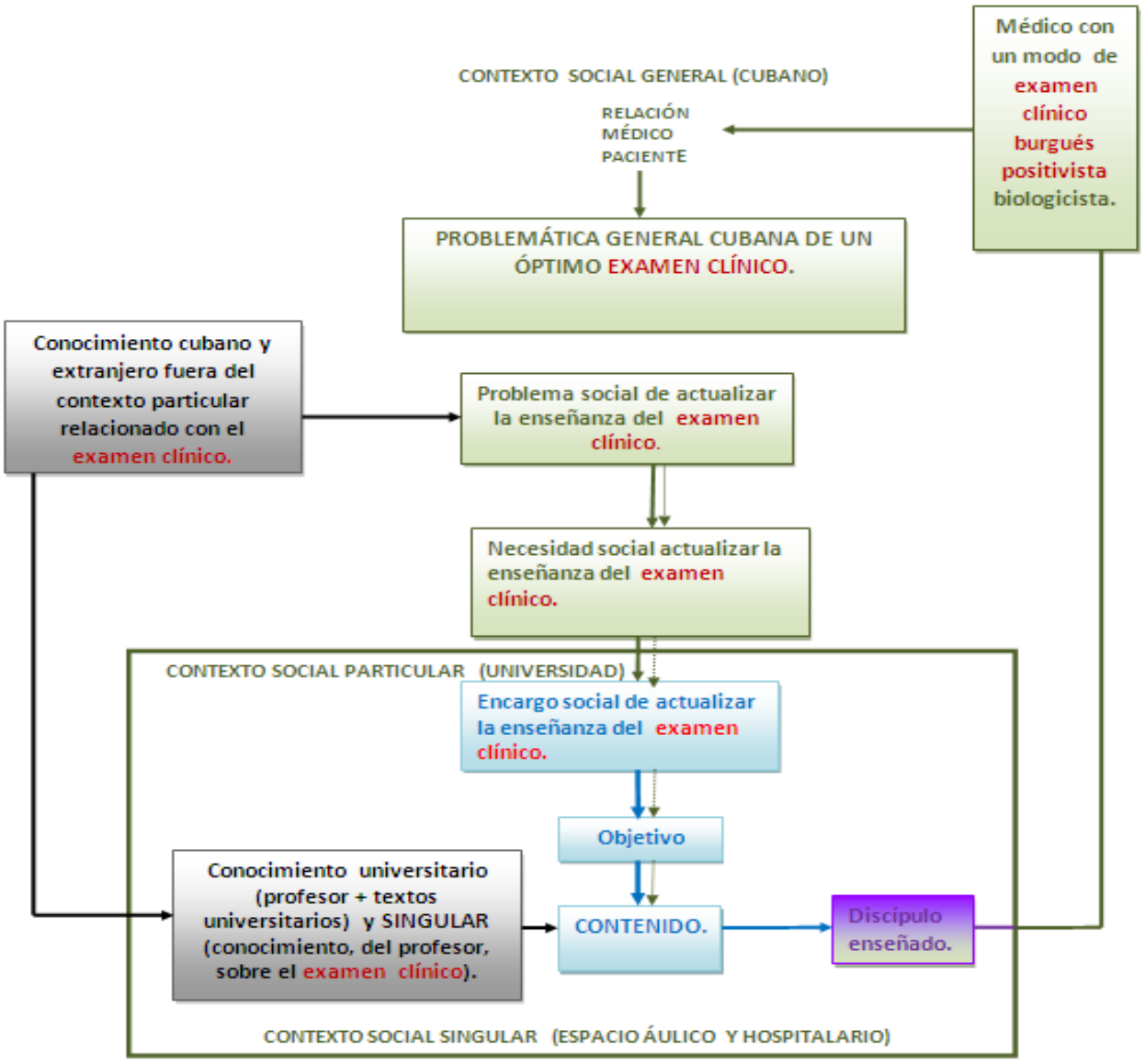


Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 4. Modelo de enseñanza aprendizaje tradicional ilustrado bioambiental del examen sensu stricto a partir de 1842 en Cuba.

El modelo de enseñanza aprendizaje del examen clínico tecnológico biologicista de 1904, se caracterizó por orden, veracidad y metodología en el examen clínico, donde las funciones de enseñanza estuvieron principalmente en manos de profesores con alto nivel científico y académico, con una elección del aprendiz al estilo burgués sin los estrictos criterios morales, raciales y sociales del periodo anterior. El profesional revelaba un modo burgués positivista biologicista en la realización del examen clínico.

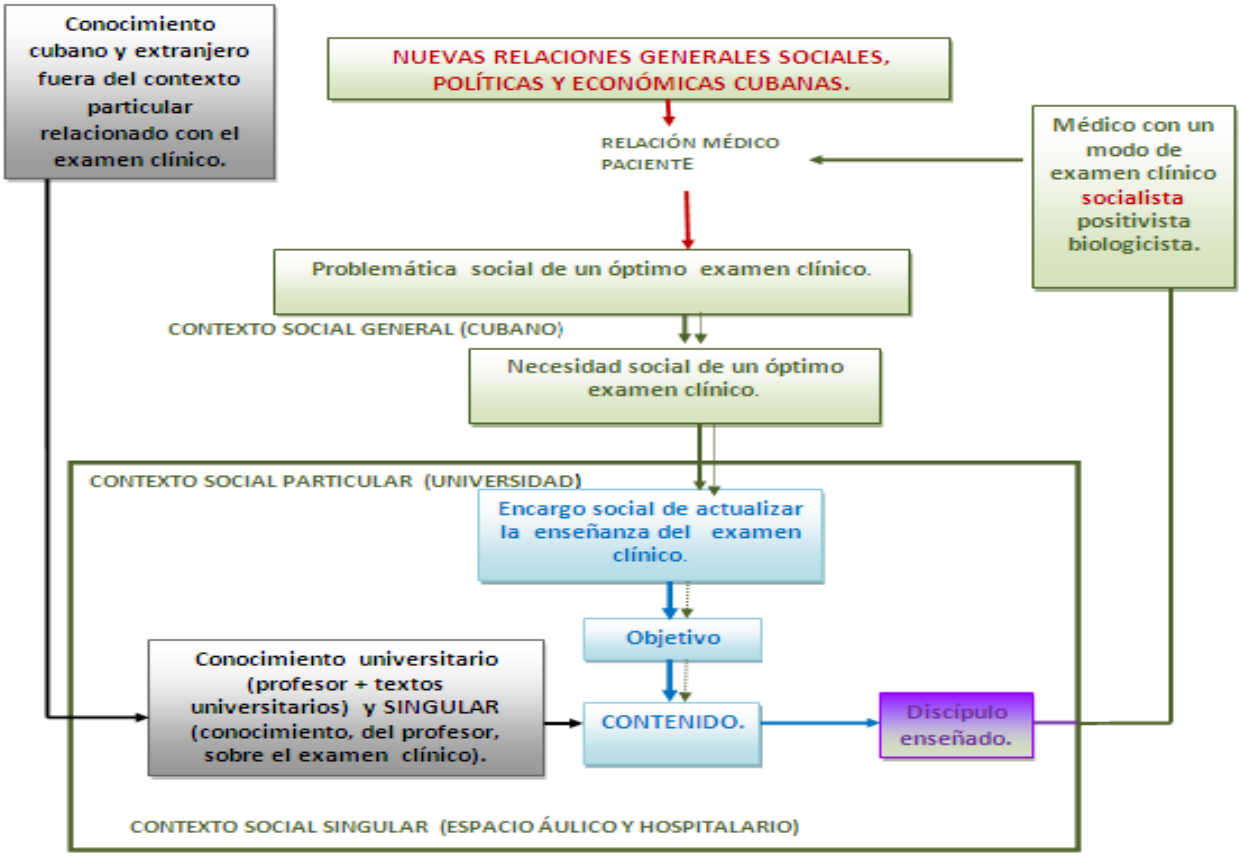
El contexto particular reveló nuevas cualidades en el conocimiento, enseñanza y contextualización de la enseñanza en respuesta a los cambios del pensamiento social del contexto general cubano. No consiguió el contexto particular autónomo, la adaptación integral a las demandas sociales y naturales del general, manteniéndose las relaciones del currículo oculto como un mecanismo de compensación. Se mantienen influyentes relaciones del conocimiento foráneo uni-nacional en el particular. **Figura 5.** En 1959 ocurren importantes transformaciones en el pensamiento social en el contexto general cubano que imposibilitó la adaptación del contexto particular en el general condicionando la transformación del modelo en 1963.



Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 5. Modelo de enseñanza aprendizaje tecnológico biologicista del examen clínico a partir de 1904 en Cuba.

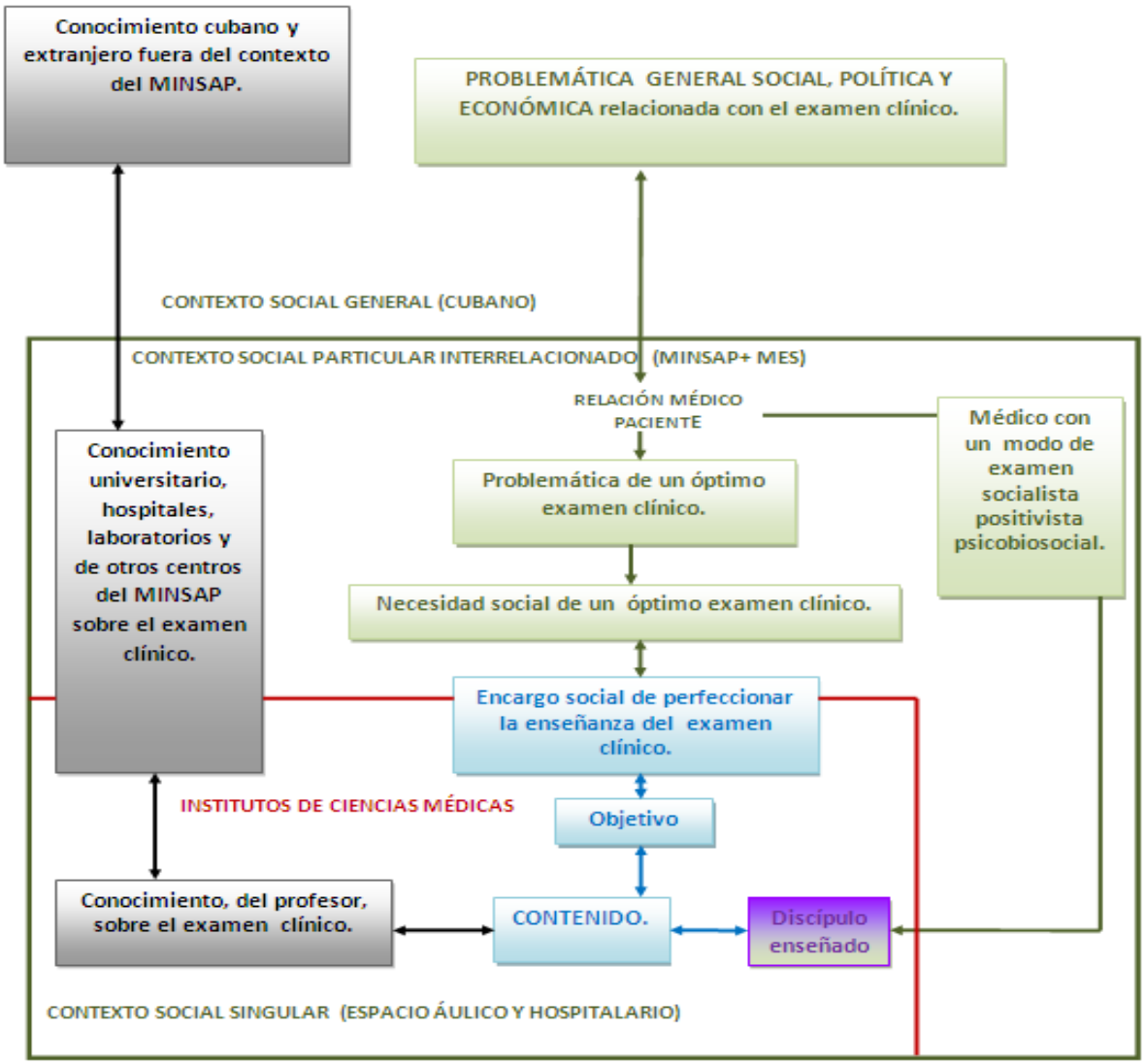
En el modelo de enseñanza aprendizaje del examen clínico tecnológico psicobiosocial del 1963, las funciones de enseñanza estuvo en manos principalmente de médicos sin categoría docente, con una elección del aprendiz en función de las necesidades sociales y vocación personal. Se comenzaron a interconectar los elementos del pensamiento social con el proceso de enseñanza aprendizaje, revelando en este insipiente elemento social y partidista, se comprometen las relaciones del currículo oculto como parte de la enseñanza aprendizaje. Se consolida la interrelación profesional-necesidad social en el contexto general cubano. Revela el profesional un examen clínico socialista positivista biologicista. **Figura 6**. Las relaciones positivistas en el modo de actuar del profesional y la necesidad social de relacionar la enseñanza con la asistencia propicia la transformación del contexto particular y con este el modelo en 1978.



Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 6. Modelo de enseñanza aprendizaje tecnológico psicobiosocial del examen clínico a partir de 1963 en Cuba.

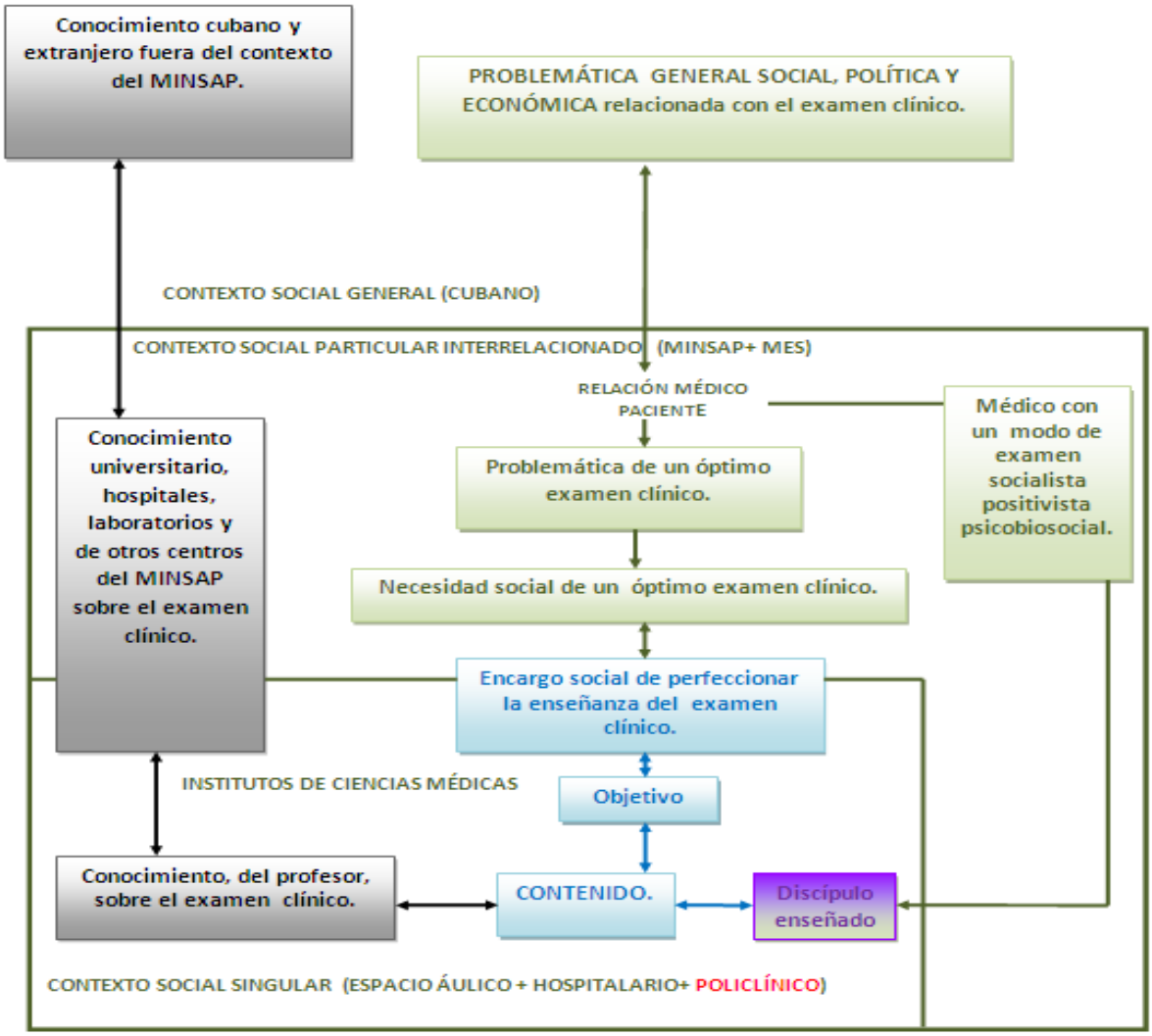
El modelo enseñanza aprendizaje tecnológico unicontextual social psicobiosocial de 1978, conserva iguales características en la enseñanza y del aprendiz en comparación con el anterior, mejoró la calidad del profesor. Este modelo lo caracteriza la inclusión del medio universitario dentro del contexto particular. Se desarrolló en el proceso de enseñanza aprendizaje relaciones positivistas. **Figura 7.** Se revela un profesional con un modo de actuar en el examen clínico socialista positivista psicobiosocial. Las relaciones positivistas en el conocimiento, al no satisfacer las necesidades sociales, condicionaron la transformación del modelo en 1986.



Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 7. Modelo de enseñanza aprendizaje tecnológico unicontextual social psicobiosocial del examen clínico a partir de 1978 en Cuba.

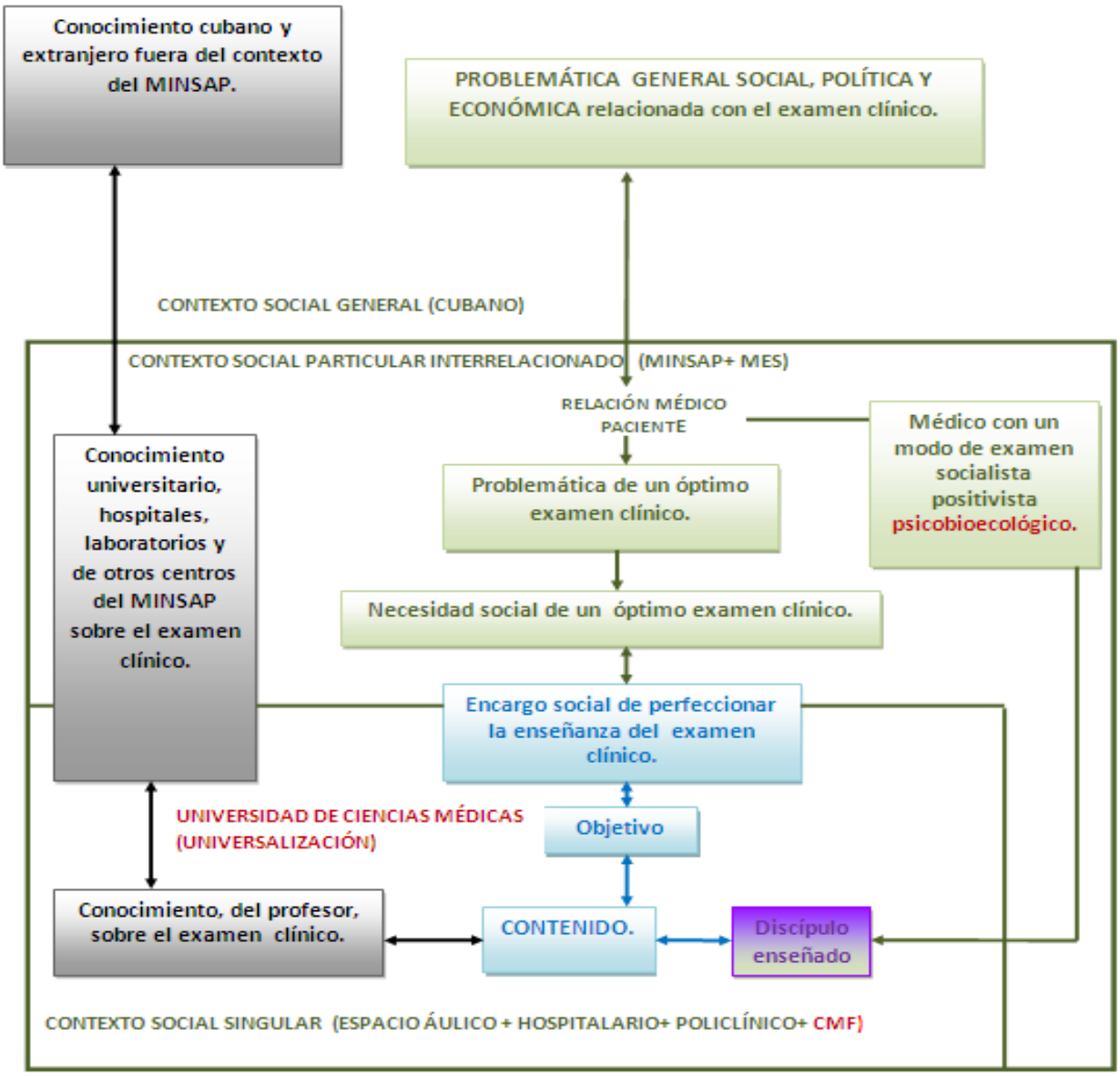
En el modelo tecnológico humanista psicobiosocial de 1986 las funciones de enseñanza estuvieron en manos de profesores de alta categoría docente, con una elección del aprendiz en función de las necesidades sociales y vocación personal. Se consolidaron los espacios áulicos en la atención primaria de salud en aras de mejorar la adaptación del contexto singular a las demandas socio-ambientales del particular. Revela el profesional un modo de examen socialista positivista psicobiosocial. A pesar de lo anterior se mantuvo un pensamiento en el examen clínico positivista lo cual imposibilitó la total adaptación del contexto singular condicionando la transformación del modelo en el 2004. **Figura 8.**



Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 8. Modelo de enseñanza aprendizaje tecnológico humanista psicobiosocial del examen clínico a partir de 1986 en Cuba.

En el modelo de enseñanza aprendizaje tecnológico humanista problematizador psicobioecológica del examen clínico de 2004, las funciones de enseñanza estuvieron principalmente en manos de profesores de alta categoría docente, con una elección del aprendiz en función de las necesidades sociales y vocación personal. Se revela un modo de actuación profesional en el examen clínico socialista positivista psicobioecológico. Se consideró la atención primaria de salud como el espacio aúlico de mayor compromiso en la enseñanza y contextualización del examen clínico, disminuyendo la responsabilidad de la secundaria y terciaria de salud condicionado por la concepción de universalización de la enseñanza superior. Logra el contexto singular cierta adaptación en cuanto a lo social y lo natural, no así en el conocimiento en lo que persisten las relaciones positivistas, se mantuvieron sólidas interrelaciones del profesional con la necesidad social particular. **Figura 9.**



Leyenda: De rojo las transformaciones**.**

Figura 9. Modelo de enseñanza aprendizaje tecnológico humanista problematizadora psicobioecológica del examen clínico a partir de 2004 en Cuba.

Se revela en el desarrollo filo-ontológico a partir de **1986** un proceso de enseñanza aprendizaje del examen clínico de gran singularidad conforme las raíces y necesidades formativas cubanas, consolidándose en **2004** con la implementación del proceso de universalización, consolidación sustentada en el enfoque social-humanista problematizador, en el método general instructivo educativo desarrollador, la educación en el trabajo, la incorporación de la atención primaria de salud como contexto esencial de enseñanza aprendizaje subordinado a las necesidades de toda la sociedad, la preocupación en la enseñanza aprendizaje por el desarrollo global de la personalidad; todo lo anterior apoyado en el amplio acervo pedagógico cubano y en un enfoque general materialista dialéctico.

Además se comenzó a dinamizar en la conformación del modelo de examen clínico con mayor notabilidad la experiencia médica cubana con algunos elementos de la clínica Norteamericana, Europea y Oriental puesto en función de un examen representativo cubano, conforme la cultura particular del

país revelada en párrafos anteriores, por esta causa se hace referencia a la **Escuela Cubana de Examen Clínico,** la cual ha transcurrido por disimiles momentos de transformaciones cualitativas resumidas en la **figura 10.**

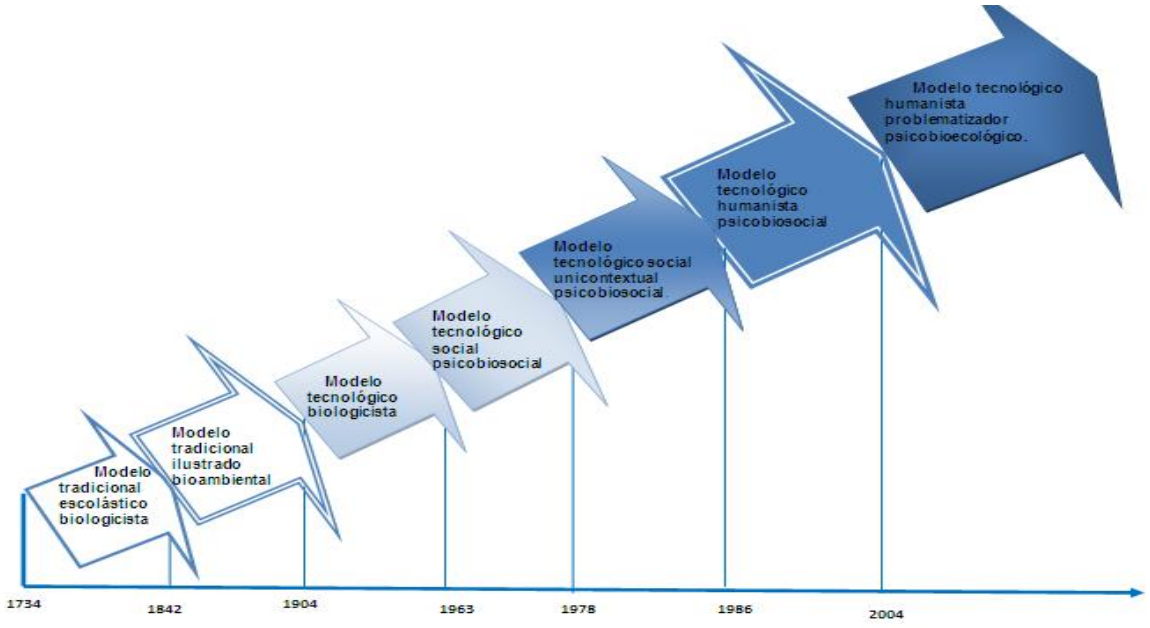


Figura 10. Desarrollo del enfoque de enseñanza aprendizaje del examen clínico en Cuba.

Las interrelaciones de mayor pertinencia forman parte del núcleo del sistema dialéctico de interrelaciones constitutivas del desarrollo filo-ontológico del enfoque de enseñanza aprendizaje del examen clínico representado en los diferentes modelos. [27] Estas como arte del núcleo permite una interpretación histórica lógica de las causas y efecto de las transformaciones, definen cada enfoque enseñanza aprendizaje y fundamentan sus insuficiencias. Se consideran como tal a las siguientes interrelaciones:

1. El contenido del examen clínico se sustenta, genera e interrelaciona con los conocimientos vinculados a la clínica, principalmente con el enfoque del clínico, la definición de salud enfermedad, los adelantos clínicos, entre otros, lo que constituye la interrelación del **conocimiento-enseñanza del examen clínico** como interrelación esencial entre el conocimiento y el proceso de enseñanza aprendizaje.
2. Los funcionarios encomendados de la enseñanza del examen clínico, al atender la necesidad social de un óptimo examen clínico, la convierten en encargo para sí, modelándola a los objetivos, revelando la interrelación **necesidad social-enseñanza del examen clínico** como una interrelación esencial entre la sociedad y el proceso de enseñanza aprendizaje.
3. La presencia de la relación profesor-estudiante revela a la **enseñanza-aprendizaje del examen clínico** como una interrelación esencial del proceso de enseñanza aprendizaje.
4. El **profesional** es la interrelación entre el aprendizaje y la problemática social, siendo una interrelación más entre en proceso de enseñanza aprendizaje y la sociedad.

Las interrelaciones de mayor pertinencia orienta la búsqueda de los elementos de la construcción teórica en conformidad con las necesidades sociales en aras de subsanar las insuficiencias planteadas del campo de investigación.

---

[27] Almaguer A, Miranda A. Las expresiones de desarrollo del objeto de investigación en la didáctica: Acercamiento a un enfoque en el plano de la realidad del desempeño profesional. 2011. [citado 12-2-2014]. Disponible en: www. Alcidesalmaguer.com

[i] El estudio de Beckman y Frankel, muestra que los enfermos eran interrumpidos como promedio a los 18 s de comenzar a hablar, en ocasiones a los 5 s, que en la mayoría de los casos la interrupción venía después de exponer el primer síntoma y que sólo el 20 % pudo completar el relato de sus quejas. Noren ha reportado que el tiempo medio que el especialista de atención primaria dedica a sus enfermos es de 13 min y de 18 el internista, sin abordar los problemas emocionales de los pacientes en el 97 % de la muestra. En contraste, De la Sierra considera que interrogar y examinar a un paciente nuevo requiere en las mejores condiciones de cooperación por parte del enfermo y de entrenamiento por parte del médico, un mínimo de 30 min, sin los cuales el método clínico no puede ser adecuadamente aplicado. En un largo estudio de 8 años, Beaumier y Bordage, en Canadá, hallaron entre las deficiencias más frecuentes de los médicos, no identificarse ante el paciente, no darle el tiempo necesario para contestar, hablar al mismo tiempo que él, no mirarlo, no atender a lo que se le decía, reírse inapropiadamente, hacer preguntas automáticas en tono monótono, permanecer distante, hacer un examen físico desorganizado, mecánico e irrelevante, mostrarse impaciente e incluso agresivo, no dar explicaciones o ser muy escueto y no hacer el seguimiento posterior del enfermo. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101(5):692-6. Noren J, Frazier T, Altmann I, De Lozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internist and family general practitioners. N Engl J Med 1980;302:11-6. Sierra T de la. El método científico aplicado a la clínica. México, DF:Universidad Autónoma Metropolitana, 1982;39-40. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J 1992;146(4):489-97.