

ARTICULO

Deficiencias en la entrevista médica. un aspecto del método clínico.

Dr. Miguel A. Moreno Rodríguez

Médico, Internista, Profesor Titular.

RESUMEN

Se utilizó una lista de 44 deficiencias para evaluar, bajo observación directa, las entrevistas médicas que 48 internos realizaron a 96 pacientes hospitalizados. Las deficiencias estaban referidas al contenido de la historia de la enfermedad actual (HEA), los tipos de preguntas y aspectos generales y se clasificaron en mayores, importantes y menores. Se presentaron 783 deficiencias, para una media de 8,1 por entrevista; 29,6 % correspondieron a la HEA, 20 % a los tipos de preguntas y 50,4 % a los aspectos generales. El 27 % fueron mayores, 46,4 % importantes y 26,6 % menores. Se evidenció que existe la tendencia a obtener la información por preguntas breves y cerradas, que inducen respuestas y dar inicio por los antecedentes patológicos personales, así como serias dificultades en las habilidades del interrogatorio. Algunas deficiencias no debieran presentarse o ser tan frecuentes en el último año de estudios. Más de la tercera parte de los internos no fueron supervisados nunca a la hora de hacer una historia clínica. Se concluyó que existe necesidad de incrementar la observación directa de los alumnos al hacer historias clínicas como medida fundamental para mejorar sus habilidades clínicas.

Palabras clave: REGISTROS MEDICOS; EXAMEN FISICO; ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

ABSTRACT

To assess, under direct visualization, medical interviews, performed by 48 interns in 96 inpatients, we used a list of 44 deficiencies. Such deficiencies concerning to the history of the present disorder (HPD), types of questions, and general features, classified as mayor, important, and minor. There was a total of 783 deficiencies (media, 8.1

per interview) where 29.6 % corresponded to HPD, 20 % to types of questions, and 50,4 % to general features. 27 % were mayor, 46.4 % were important, and 26.6 % were minor. It was evident that there is a trend to obtaining information by means of brief and closed questions, inducing to responses and start by personal pathologic backgrounds, as well as serious difficulties in interrogation abilities. Some deficiencies must not arise so frequent in the last year of study. More than third of interns weren't supervised just when they obtained data for medical record. We conclude that there is the need for increase direct supervision of students as a fundamental measure to improve their clinical abilities in making medical records.

Key words: MEDICAL RECORDS; PHYSICAL EXAMINATION; CASE-CONTROL STUDIES

La evaluación de las dificultades de los alumnos para la ejecución de una anamnesis y un examen físico culmina curricularmente con los exámenes prácticos, previos y eliminatorios a los exámenes teóricos finales que se hacen en un grupo de asignaturas, incluidas todas las grandes clínicas.

Tales dificultades han sido objeto de escasas investigaciones científico-pedagógicas que muestren los errores específicos que se cometen.

El conocimiento de estas deficiencias en la confección de historias clínicas (HC), sea por alumnos o médicos, no sólo es parte de la evaluación curricular, también está muy vinculado a la calidad en el uso del método clínico, que es el que todos los médicos asistenciales utilizamos diariamente en el proceso del diagnóstico individual de un enfermo y que pasa por varias etapas sucesivas: formulación del problema por el paciente, búsqueda de

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Rev Cubana Med 2000;39(2):106-14. MEDISUR agradece a sus autores y editores, la aprobación de su reproducción en nuestra revista.

Correspondencia:

Miguel A. Moreno Rodríguez

Hospital Militar Central "Carlos J Finlay".

Ave. 31 y calle 114, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.

Dirección electrónica: mmoreno@infomed.sld.cu

la información por el médico, a través del interrogatorio y el examen físico, planteamiento de las hipótesis diagnósticas, contrastación de las mismas por medio de los exámenes complementarios y comprobación final del diagnóstico.¹ Y en ese proceso del diagnóstico, el interrogatorio constituye la herramienta más importante.²⁻⁴ Es más, todo clínico experimentado sabe que la primera entrevista con el enfermo es crucial para el diagnóstico.

Producto de mi participación en el examen práctico de propedéutica por el método OSCE, desde hace 2 años comencé a elaborar una lista de las dificultades observadas en las entrevistas médicas, con las cuales finalmente se elaboró un instrumento de evaluación, que incluye algunas deficiencias reportadas en la literatura.^{5,6}

La presente investigación muestra los errores cometidos en la entrevista médica por la totalidad de los alumnos del último año de la carrera, en un gran hospital docente.

MÉTODOS

Participaron en la investigación los 48 alumnos internos del curso académico 1998-1999 del Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", cuyo Servicio de Medicina Interna cuenta con 161 camas, 7 salas, 9 grupos básicos de trabajo (GBT) y atiende una población de unos 500 000 habitantes.

El período de ejecución fue de 8 meses. Cada interno entrevistó a 2 pacientes hospitalizados (96 encuestas en total), de GBT distintos al suyo y a los cuales no conocía. Ningún enfermo fue entrevistado más de una vez.

Para la selección del enfermo, el autor solicitó rotativamente a los jefes de GBT 2 ó 3 pacientes, con la única condición que no tuviesen limitaciones en la comunicación verbal. Casi todas las encuestas se efectuaron por las tardes, junto a la cama del enfermo y sólo cuando existieron dificultades se le llevó a un cubículo aislado. En las entrevistas sólo participaron el interno, el enfermo y el autor.

El primer día de cada nueva rotación de internos se explicó a todo el grupo las características generales de la investigación. Los alumnos no conocieron el contenido de la encuesta ni los resultados individuales que alcanzaron en las mismas. El día de la entrevista, el autor repitió individualmente la explicación.

El autor llenó la encuesta durante la entrevista e inmediatamente después. Se obtuvo el consentimiento de los pacientes.

El modelo de encuesta incluyó una lista de 44 deficiencias: 16 en relación con la historia de la enfermedad actual (HEA); 7, con los tipos de preguntas hechas por el alumno y 21, con el desarrollo general de la entrevista. Se preguntó a cada interno si había sido supervisado a lo largo de la carrera en el momento de realizar historias clínicas. A un grupo de 16, aleatoriamente seleccionados, se le solicitó la cifra aproximada de historias clínicas confeccionadas durante

los estudios, desglosadas por las 14 asignaturas y estancias de la carrera en que deben realizarlas.

Las deficiencias fueron clasificadas en "Mayor", "Importante" y "Menor". Para ello se obtuvo el criterio de 9 profesores de Medicina Interna y se usó por deficiencia la clasificación más otorgada. Del total, 30 % se consideraron "Mayores" (M), 47 % "Importantes" (I) y 23 % "Menores" (m).

RESULTADOS

Cincuenta pacientes fueron mujeres (52 %) y 46 hombres (48 %). Las edades extremas fueron 16 y 89 años y el promedio, 46,8 años. Predominaron los grupos de 50 a 69 años, que fueron el 40,6 % de la muestra. El 30 % tenía 60 o más años.

La entrevista más corta fue de 4 min y la más larga de 52; el promedio fue de 14 min. El 66,7 % fue menor y el 33,3 %, mayor de 15 min y en el 48 % de los casos duró entre 11 y 20 min.

El tiempo que medió entre el comienzo del relato de los síntomas libremente expresados por el paciente y el momento en que fue interrumpido por el interno para asumir la dirección de la entrevista ("tiempo de interrupción al enfermo") fue menor de 1 min en el 80,2 % de la muestra y mayor de ese tiempo en el 19,8 %. La interrupción más breve se produjo a los 3 s (en 5 ocasiones) y la más larga a los 6,8 min. Como promedio, los alumnos asumieron el mando de la entrevista a los 49 s de iniciada.

Se presentaron 783 deficiencias en las 96 entrevistas: el menor número por entrevista fue de 2 y el mayor, de 17; el promedio fue de 8,1 por entrevista.

De todas las deficiencias, el 29,6 % (232) correspondió a la HEA; 20 % (156) a los tipos de preguntas y 50,4 % (395) a los aspectos relacionados con el desarrollo general de la entrevista, así como el 27 % (212) fueron "Mayores"; 46,4 % (363), "Importantes" y 26,6 % (208), "Menores".

En la tabla aparecen los resultados de las deficiencias investigadas, por acápite y en orden de frecuencia.

DISCUSIÓN

Los trabajos de numerosos investigadores⁷⁻¹² han mostrado que el interrogatorio por sí solo permite el diagnóstico entre el 56 y 76 % de los casos e incluso, para algunos autores la cifra es mayor.^{12,13}

A pesar de disponer de un recurso tan eficiente, se ha señalado que la mayoría de los médicos no interrogan de forma adecuada a los enfermos^{14,15} y que a los residentes les faltan habilidades fundamentales en la entrevista.¹⁶⁻²³

Un aspecto tan importante de la competencia médica ha sido objeto de pocos estudios que muestren las deficiencias específicas que se cometen.^{4,5,24,25} Por otra parte, es realmente sorprendente que se carezca de un instrumento ampliamente aceptado de evaluación, como han señalado numerosos investigadores.^{18,24,26-28}

TABLA. Deficiencias detectadas en las entrevistas médicas

Clasificación	Deficiencia	(n = 783)		(n = 6)
		No.	%	%
A)	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL			
I	No define parte de la semiografía	67	8,5	69,7
I	No insiste en datos relevantes	25	3,1	26,0
M	Deja de investigar problemas importantes	25	3,1	26,0
M	No establece cronopatograma	24	3,0	25,0
M	No define nada de la semiografía	16	2,0	16,6
I	Interrogatorio desorganizado	13	1,6	13,5
M	Preferencia por información secundaria y terciaria	12	1,5	12,5
I	No precisa información confusa	9	1,1	9,3
I	No establece condiciones de aparición	9	1,1	9,3
m	Insiste en datos irrelevantes	9	1,1	9,3
M	No identifica claramente la queja principal	7	0,8	7,2
M	No establece tiempo de comienzo de la HEA	5	0,6	5,2
I	Interpreta erróneamente un dato	5	0,6	5,2
I	Acepta información sin cuestionamientos	4	0,5	4,1
I	No capta lo que dice el enfermo	2	0,2	2,0
m	Investiga un problema que no hay	0	0	0
B)	TIPOS DE PREGUNTAS			
M	Que inducen respuestas	56	7,1	58,3
m	Intrascendentes	27	3,4	28,1
I	Mal formuladas	27	3,4	28,1
m	Repetidas	19	2,4	19,7
m	Inseguras	14	1,7	14,5
I	Incomprensibles	9	1,1	9,3
m	AUTOMÁTICAS	4	0,5	4,1
C)	DESARROLLO GENERAL DE LA ENTREVISTA			
m	No se identifica	79	10,0	82,2
I	No toma notas	60	7,6	62,5
m	Tuteo	44	5,6	45,8
M	Interrumpe al enfermo	42	5,3	43,7
I	Controla demasiado la entrevista	33	4,2	34,3
I	Cambia de tema antes de concluirlo	31	3,9	32,2
I	Demasiado rápido	22	2,8	22,9
M	Habla simultáneamente que el paciente	14	1,7	14,5
I	No atiende al enfermo por tomar notas	12	1,5	12,5
I	Habla más que el paciente	11	1,4	11,4
I	El paciente controla la entrevista	10	1,2	10,4
M	Entrevista monótona	9	1,1	9,3
I	No atiende a lo que se le dice	7	0,8	7,2
M	Discute con el paciente	6	0,7	6,2
M	Permanece distante	3	0,3	3,1
M	Demasiado lento	3	0,3	3,1
I	Lenguaje chabacano	3	0,3	3,1
M	No mira al enfermo	2	0,2	2,0
I	Se ríe inapropiadamente	2	0,2	2,0
I	Quiere coger al dictado	2	0,2	2,0
M	Irritable	0	0	0

Alcanzar una elevada maestría en el interrogatorio requiere atender muchos pacientes, pero también de un cierto número de años.

Es lógico, por tanto, que se presenten deficiencias en los alumnos, sobre todo en propedéutica. Salas Perea y otros²⁹ reportaron que en una muestra de 987 estudiantes de tercer año, examinados por tribunales nacionales en todas las facultades del país, el 38,5 % obtuvo calificación de regular o mal en el interrogatorio y aunque es de esperar que entre los internos -3 años después- la magnitud de las deficiencias sean menores, el mismo autor³⁰ reportó que de 251 estudiantes del sexto curso, examinados por tribunales nacionales en todo el país, obtuvieron calificaciones de regular o mal

en la confección de historias clínicas el 42,3 % en la rotación de Pediatría, 32,2 % en Medicina Interna, 23,7 % en Medicina General Integral, 16,3 % en Ginecología-Obstetricia y 13,6 % en Cirugía.

El propósito de este estudio fue medir aspectos del contenido médico de la entrevista y de la relación alumno-paciente, según un modelo de evaluación estructurado con una lista de posibles errores, que ha demostrado ser muy superior a una evaluación abierta.²⁷ Desafortunadamente, no estamos en condiciones de comparar nuestros hallazgos con la literatura, por los diferentes diseños y análisis de los trabajos y porque en muchos de ellos la lista de las deficiencias no aparece incluida.^{25,31-34}

La deficiencia más frecuente de las "Mayores" fue el uso de preguntas que inducen respuesta, un tipo de pregunta cerrada y terminal, formulada medio afirmativa, medio interrogativamente, en forma positiva o negativa, casi siempre muy capciosa, que exige de "sí" o "no" (58,3 %) y obedece a que desde el comienzo el alumno está "construyendo" el diagnóstico en su mente e inadvertidamente "pregunta" lo que desearía escuchar de respuesta.

Fue sorprendente hallar que en el 7,2 % no se identificó claramente la queja principal y en el 5,2 % no se definió el tiempo de comienzo de la HEA.

Entre las deficiencias "Importantes" se destacaron la semiografía incompleta de numerosos síntomas (69,7 %) y la mala formulación de preguntas (28,1 %). Entre las deficiencias "Menores" se destacaron las preguntas intrascendentes (28,1 %). Beaumier y otros⁵ en 194 entrevistas efectuadas por 47 residentes de primer año de medicina familiar hallaron 1 500 deficiencias (7,7 por entrevista como promedio), una cifra comparativamente similar a la nuestra, aunque se trató de toda la historia clínica, pero sólo dio las frecuencias de las 17 más importantes, reportando cifras más elevadas en no definir claramente la queja principal (35,6%) e interrogatorio desorganizado (21,6 %).

En el estudio de Meuleman y otros,⁴ con 48 encuestas hechas por 48 médicos internos, se obtuvieron muy pocos datos sobre el problema principal en 34,2 % y del resto de los síntomas de la HEA se recogieron muy pocos detalles en 16,6 % así como se utilizaron preguntas "cortas y cerradas" en el 89,5 % de las entrevistas, cifra mucho mayor que la encontrada en la presente investigación.

De las deficiencias "Mayores" en la relación alumno-paciente se destacó la interrupción del enfermo (43,7 %), entre los que hubo uno que lo fue 17 veces, y hablar simultáneamente que él (14,5 %). Una cifra menor se obtuvo en discutir con el paciente (6,2 %), permanecer distante (3,1 %) y no mirarlo (2 %).

Meuleman y otros⁴ reportaron poca cordialidad con el enfermo en el 43,7 % y no expresar interés por su problema en el 21 % de las entrevistas.

Entre las deficiencias "Importantes" predominaron no tomar ningún apunte (62,5 %), controlar demasiado la entrevista (34,3 %), cambiar de tema sin concluirlo (32,2 %) y el interrogatorio demasiado rápido (22,9 %).

Meuleman y otros⁴ señalaron el excesivo control de la entrevista en el 16,6 % de sus encuestas y en las conclusiones destacaron "el estilo de entrevista demasiado directo y demasiado rápida".

Por último, entre las deficiencias "Menores", no identificarse fue la más frecuente de todas las encuestas (82,2 %) seguida, por el tuteo (15,8 %). Beaumier y otros⁵ reportaron no identificarse en 24,2 % y Meuleman y otros⁴ señalaron el lenguaje incorrecto ("jerga") en 18,7 % de las entrevistas.

Muchos internos iniciaban los interrogatorios buscando definir antes que otra cosa las enfermedades del paciente, "ubicarse" de entrada, a través de hasta 10 y más preguntas cortas iniciales y sólo después preguntaban sobre la enfermedad actual, lo que me parece un error basado en la premisa de ganar tiempo. Las preguntas iniciales deben siempre ser abiertas, del tipo de: "Dígame, ¿qué es lo que se siente?" o "Cuénteme lo que le pasa".

Excepcionalmente se abordaron aspectos psicológicos y sociales, incluso si el enfermo los expresó claramente. Las entrevistas versaron sobre los aspectos biológicos de la enfermedad. Hubo 3 casos muy característicos, uno de ellos una mujer de 45 años, que ingresó por astenia, palidez, vómitos y diarreas. En 3 ocasiones dijo sentirse muy nerviosa y en una añadió que "por nada lloro". En un momento hizo una inspiración profunda (típica disnea de Vaquez), se tocó reiteradamente el pecho, se balanceó a los lados, angustiada, rompió a llorar brevemente y dijo: "Yo me siento muy nerviosa". La alumna: "Toma café?" La enferma insistió: "Estoy muy nerviosa". La alumna, algo desconcertada, insistió otra vez: "¿Toma café?". La enferma se recompuso y contestó: "No mucho". El problema no fue abordado en ningún momento. Entre los 4 diagnósticos al egreso uno era de sífilis primaria. Fue muy evidente que los alumnos se sentían más cómodos hablando de los problemas biológicos y rehuyeron introducirse en los conflictos psicosociales. En el estudio de Meuleman y otros,⁴ la historia social se exploró en 17 % de los casos, en forma "muy abreviada" y la psicológica no lo fue en el 71 %; en el de Duffy y otros,¹⁹ la historia social no se exploró en 40 % de la muestra. Woolliscroft y otros²⁵ evaluaron duramente de "inaceptable" la historia social en 51 % de 120 entrevistas realizadas por igual número de residentes de medicina interna y Noren y otros³⁵ reportaron que los aspectos psicológicos no fueron abordados, ya no por alumnos o residentes, sino por especialistas de medicina interna y atención primaria en el 97 % de su muestra.

El problema ha sido igualmente señalado por Platt y Mac Math.¹⁶ Fue muy frecuente obtener la información a base de un interrogatorio muy dirigido con preguntas breves y cerradas, "construir la historia clínica por preguntas". En tales casos, el paciente era interrumpido cuando parecía extenderse más allá de lo que se deseaba conocer concretamente. En 3 ocasiones llegaron a efectuarse 12 preguntas en 1 min. En otro fueron hechas 4 preguntas en sólo 15 s. Obtener la historia de esa forma, sin apenas permitir al enfermo expresarse libremente, es una deficiencia muy seria de la entrevista médica y ha sido reconocida como una causa principal de insatisfacción de los pacientes.

Comenzar el interrogatorio por los antecedentes patológicos y obtener la información por preguntas, limitando la exposición abierta del enfermo fue una característica de numerosas entrevistas en el presente

estudio.

Previendo la presentación de estas características, se investigó la duración de la entrevista y el tiempo de interrupción al enfermo.

La duración promedio fue de 14 min y en casi la mitad de la muestra estuvo entre 11 y 20 min. Noren y otros³⁵ han señalado que el tiempo medio que el especialista de atención primaria dedicó a sus enfermos fue de 13 min y de 18 el internista, incluyendo anamnesis, examen físico, indicaciones y todo. Según de la Sierra,³⁷ el interrogatorio y el examen físico de un paciente lleva, como mínimo, unos 30 min en el adulto.

Beckman y Frankel,⁶ en entrevistas efectuadas por residentes de medicina interna de primero a tercer año, hallaron que los enfermos fueron interrumpidos, como promedio, a los 18 s de comenzar a hablar, en la mayoría de los casos después de exponer la primera queja. En el presente estudio, el tiempo promedio fue de 49 s, casi 3 veces mayor y en 1 de cada 5 pacientes la interrupción vino después del minuto.

El menor número de historias clínicas confeccionadas a lo largo de la carrera por 16 alumnos seleccionados aleatoriamente fue de 165 y el mayor de 733, para una media de 354 historias.

La cifra es realmente apreciable, pero no puede verse como exagerada, ya que la Educación en el Trabajo tiene un peso priorizado en nuestros programas de estudio de Medicina, se confeccionan historias clínicas a lo largo de los 4 años del área clínica en 14 asignaturas y estancias, y en el caso particular de la presente investigación, en las asignaturas y estancias de Medicina Interna y Pediatría confeccionaron muchas en las guardias y rotaciones.

Diecisiete de los 48 internos (35,4 %) afirmaron categóricamente no haber sido supervisados nunca en el momento de realizar una historia clínica; 16 (33,3 %), que únicamente o sobre todo lo fueron en Propedéutica y Medicina Interna; 13 (27 %) respondieron que "pocas veces" y 2 (4,1 %) que "numerosas", sin especificar asignaturas o estancias. Hace más de 20 años, Engel³⁸ señaló que un número sorprendente de alumnos obtenía sus títulos de médicos en más de 50 universidades

norteamericanas sin haber sido supervisados ni una sola vez.

Se sabe que la observación directa por docentes a los alumnos y residentes en el momento de hacer una historia clínica es muy infrecuente,³⁸⁻⁴⁰ por diversas razones, a pesar de reconocerse como el método más valioso. Pienso que en nuestro medio sucede igual. El supremo valor de la observación se sustituye por la "revisión" de la historia clínica escrita o la discusión del caso. Pero hay una diferencia muy importante entre ambos procedimientos.^{33,40-43} Además, en las discusiones de casos no siempre (¿o casi nunca?) el enfermo está presente, con frecuencia lo que se discute es una enfermedad y no un enfermo y se premia más el conocimiento demostrado y la elocuencia expositiva que el análisis clínico dirigido a la individualidad del paciente.³⁸

Es evidente que si un alumno hace en 4 años más de 350 historias clínicas sin ser observado nunca o casi nunca, todas las deficiencias que tiene fraguarán como el concreto. Pocos errores desaparecerán espontáneamente. Y una vez graduado o especialista, ¿quién le hará una observación crítica? Las ocasiones serán raras, mucho más raramente apreciadas y muchísimo más raramente repetidas. Las mil y una oportunidades para corregir los errores ya quedaron atrás para siempre.⁴⁰

El 27 % de deficiencias "Mayores" y el 46,4 % de "Importantes" tiene que ser causa de preocupación. Si bien se trata de educandos de pre-grado que habrán de seguir su formación a través de residencias clínicas, algunas de ellas debieron presentarse en una magnitud mucho menor, pues se tomaron de alumnos de tercer año y continúan repitiéndose en el sexto año. Algunos malos hábitos están muy enraizados. La única solución es educar y evaluar las habilidades clínicas por un incremento de la observación directa. No basta con las semanas iniciales dedicadas en propedéutica a la semiótica y creer que la posterior "revisión" de historias clínicas es un proceder suficiente. Un país pobre y subdesarrollado no puede darse el lujo de descuidar el valor de la clínica y su método. Muy por el contrario, debe de priorizarlas con excelencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Rodríguez MA. El método clínico: recopilación de artículos. La Habana: Imprenta de las FAR, 1999:11-2.
2. Wyngaarden JB, Smith LI y col. Cecil textbook of medicine. 18 ed. Filadelfia: WB Saunders, 1988:4.
3. Mac Bryde CM. Signos y síntomas: su interpretación clínica. Madrid: Espasa Calpe, 1949:VII-VIII.
4. Meuleman JR, Caranasos GJ. Evaluating the interview performance of internal medicine interns. Acad Med 1989;64:277-9.
5. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first-year family medicine residents under direct observation. Can Med Assoc J 1992;146:489-97.
6. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101:692-6.
7. Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1958:XI.
8. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of the historytaking, physical

- examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical out patients. *Br Med J* 1975;2:486-9.
9. Sandler G. Cost of unnecessary tests. *Br Med J* 1979;2:21-4.
 10. Young MJ, Posses RM. Medical students perceptions of the value of the history and physical examination. *J Med Educ* 1983;58:738-9.
 11. Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of the internal medicine physicians. *Arch Intern Med* 1987;147:1957-60.
 12. Peterson MG, Holbrook JH, Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med* 1992;156:163-5.
 13. Griffen WO. Medical education: a continuum in disarray. *Am J Surg* 1987;154:255-60.
 14. Steiger WA. Letter to the editor. *Ann Intern Med* 1980;92:567.
 15. Wiener S, Nathanson M. Physical examination frequently observed errors. *JAMA* 1976;236:852-5.
 16. Platt FW, Mc Math JC. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med* 1979;91:898-902.
 17. Iberti TJ. American medical education: has it created a Frankenstein? *Am J Med* 1985;78:179-81.
 18. Lipkin M, Quill TE, Napodano JR. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Intern Med* 1984;100:277-84.
 19. Duffy DL, Hamerman D, Cohen MA. Communication skills in house officer: a study in a medical clinic. *Ann Intern Med* 1980;93:354-7.
 20. Starfield B, Steinwachs D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C. Patients-doctor agreement about problems: influence on outcome of care. *JAMA* 1979;242:344-6.
 21. Moreno Rodríguez MA. La crisis de la medicina interna: en defensa de la clínica. Folleto. Hosp Carlos J. Finlay. 1996.
 22. Sox HC, Morgan WL, Neufeld VR, Sheldon GF, Tonesk X. Report of the project panel on the general professional education of the physicians. Subgroup report on clinical skills. *J Med Educ* 1983;59:139-47.
 23. Maguire GP, Rutter DR. History taking for medical students: deficiencies in performance. *Lancet* 1976;3:556-8.
 24. Betchart NS, Anderson DG, Thompson TL, Mumford E. A tutorial approach to improving medical students interviewing skills. *J Med Educ* 1984;59:431-3.
 25. Woolliscroft JO, Stross JK, Silva J. Clinical competence certification: a critical appraisal. *J Med Educ* 1984;59:799-805.
 26. Kroboth FJ, Kapoor W, Brown FH, Karpf M, Levey GS. A comparative trial of the clinical evaluation exercise. *Arch Intern Med* 1985;145:1121-3.
 27. Noel GL, Herbers JE, Caplow MP, Cooper GS, Pangaro LN, Harvey J. How well do internal medicine faculty members evaluate the clinical skills of residents? *Ann Intern Med* 1992;117:757-65.
 28. Stillman PL, Swanson DB, Smee S, Stillman AE, Ebert TH, Emmel J, et al. Assessing clinical skills of residents with standardized patients. *Ann Intern Med* 1986;105:62-77.
 29. Salas Perea RS, O.Farrill Mons E, Méndez Crespo G, Colunga Salazar C. Evaluación en los servicios de salud de las habilidades clínicas de los estudiantes del tercer año de medicina. *Educ Med Sup* 1993;7:39-50.
 30. Salas Perea RS, Méndez Crespo G, Aneiros Riba R. Evaluación de la competencia clínica de los internos en la atención primaria y otros servicios de salud. *Educ Med Sup* 1993;7:85-9.
 31. Barrow HS, William RG, Moy RH. A comprehensive performance-based assessment of fourth-year students clinical skills. *J Med Educ* 1987;62:805-9.
 32. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ* 1982;57:105-12.
 33. Woolliscroft JO, Calhoun JG, Beauchamp C, Wolff FM, Maxim BR. Evaluating the medical history: observations versus write-up review. *J Med Educ* 1984;59:19-23.
 34. Blank LL, Grosso LJ, Benson JA. A survey of clinical skills evaluation practices in internal medicine residency programs. *J Med Educ* 1984;59:401-6.
 35. Noren J, Frazier T, Altman I, De Lozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family general practitioners. *N Engl J Med* 1980;302:11-6.
 36. Stiles WB, Putnam SM, Wolf MH, James SA. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med Care* 1979;17:667-79.
 37. Sierra T de la. El método científico aplicado a la clínica. México DF:Universidad Autónoma Metropolitana, 1982:39-40.

- 38.Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA 1976;236:861-3.
- 39.Johnson JE, Carpenter JL. Medical house staff performance in physical examination. Arch Intern Med 1986;146:937-41.
- 40.Seegal D, Wertheim AR. On the failure to supervise student.s performance of complete physical examination. JAMA 1962;180:476-7.
- 41.Payne BC. The medical record as a basis for assessing physician competence. Ann Intern Med 1979;91:623-9.
- 42.McLeod PJ. Assessing the value of students case write-ups and write-ups evaluations. Acad Med 1989;64:273-4.
- 43.Lyons T, Payne BC. The relationship of physicians medical recording performance to their medical care performance. Med Care 1974;12:714-20.