



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 2 Núm. 2 | Julio-diciembre, 2025

ARTÍCULO ORIGINAL

Percepción del desarrollo de la entrevista médica y el razonamiento diagnóstico en escenarios hospitalarios versus atención primaria en estudiantes de medicina

Milciades René Torres Bogarín¹

¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v2n2.6027](https://doi.org/10.66476/mf.v2n2.6027) | Publicado: 2 de diciembre, 2025



RESUMEN

Objetivo: Explorar y comparar las percepciones de estudiantes de medicina de último año respecto a la influencia de los entornos de atención primaria de salud (APS) y hospitalario en el desarrollo de competencias clínicas críticas: la entrevista médica (EM) y el razonamiento diagnóstico (RD). **Métodos:** Se condujo un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque mixto. La muestra incluyó a 27 estudiantes que completaron rotaciones en ambos escenarios durante el año 2025. Se utilizó un instrumento validado con escala Likert (1-7) para medir la autoeficacia percibida y preguntas abiertas para el análisis cualitativo de contenido. **Resultados:** El análisis cuantitativo reveló una alta fiabilidad del instrumento (alfa de Cronbach > 0,75). No se encontraron diferencias significativas en la percepción del desarrollo de la EM entre ambos entornos ($P = 0,686$). Sin embargo, el RD fue percibido como significativamente superior en el entorno hospitalario (media 5,96 vs. 5,19 en APS; $P = 0,001$), con un tamaño del efecto moderado-alto ($d = -0,75$). El análisis cualitativo evidenció que la APS es valorada por la longitudinalidad y el vínculo humano, mientras que el hospital destaca por la complejidad patológica y el acceso tecnológico. **Conclusiones:** Existe una percepción estudiantil marcada que asocia el hospital con el fortalecimiento del razonamiento diagnóstico, perpetuando un modelo hospitalocéntrico. Aunque la APS se reconoce como un espacio idóneo para la comunicación centrada en el paciente, es necesario integrar curricularmente las fortalezas de ambos entornos para formar médicos generalistas competentes tanto en el análisis clínico como en el manejo humanístico de la incertidumbre.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Educación Médica, Habilidades Clínicas, Entrevista Médica, Razonamiento Diagnóstico.

Correspondencia: Milciades René Torres Bogarín. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La formación médica de grado ha gravitado históricamente alrededor del hospital universitario, considerado el epicentro para el aprendizaje de patologías complejas y el uso de alta tecnología. Este modelo, si bien efectivo para el manejo de enfermedades agudas y graves, corre el riesgo de subestimar el desarrollo de competencias clínicas esenciales en el ejercicio profesional cotidiano, tales como la entrevista médica centrada en la persona y el razonamiento diagnóstico en contextos de incertidumbre (1).

La atención primaria de salud (APS), como puerta de entrada al sistema sanitario, ofrece un escenario pedagógico único caracterizado por la longitudinalidad, el enfoque biopsicosocial y el contacto con problemas de salud prevalentes no diferenciados. A pesar de su potencial formativo, existe evidencia de que las rotaciones en APS son frecuentemente infravaloradas por la comunidad académica en comparación con las rotaciones hospitalarias especializadas (2).

Dos competencias son centrales en este debate. Primero, la entrevista médica, piedra angular de la relación médico-paciente, cuya calidad determina no solo la satisfacción del usuario sino también los resultados clínicos y la adherencia terapéutica (3, 4). Modelos contemporáneos enfatizan una comunicación que trascienda la mera recolección de síntomas, abordando las dimensiones emocionales y contextuales del paciente (5).

Segundo, el razonamiento diagnóstico (RD), una competencia cognitiva compleja que, según el Modelo de Procesamiento Dual, integra la intuición basada en el reconocimiento de patrones (Sistema 1) con el análisis hipotético-deductivo (Sistema 2) (6, 7). La literatura sugiere que la calidad del RD es altamente dependiente del contexto y de la exposición a una variedad de «guiones de enfermedad» (8, 9).

Ante la brecha existente entre el potencial teórico de la APS y su valoración real, este estudio se propuso explorar cómo los estudiantes de medicina de fase final perciben la influencia diferencial de las rotaciones en centros de salud y hospitales en el desarrollo de estas competencias críticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y participantes

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque mixto (cualitativo/cuantitativo). La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de medicina

de la Universidad Nacional de Asunción que cursaron sus rotaciones clínicas durante el año académico 2025. Mediante un muestreo censal no probabilístico, se incluyó a 27 estudiantes que cumplieron con el criterio de haber completado satisfactoriamente tanto la rotación hospitalaria como la pasantía en Atención Primaria de Salud (APS).

Instrumento y procedimientos

Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario autoadministrado distribuido digitalmente. El componente cuantitativo consistió en ítems cerrados con escala tipo Likert de 7 puntos (1 = Mínimo desarrollo, 7 = Máximo desarrollo) destinados a medir la percepción de autoeficacia en las dimensiones de Entrevista Médica y Razonamiento Diagnóstico en cada entorno. El componente cualitativo incluyó preguntas abiertas diseñadas para profundizar en las experiencias subjetivas de aprendizaje.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva para caracterizar las variables. La fiabilidad interna de las escalas se verificó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Para comparar las percepciones entre los entornos (APS vs. Hospital), se utilizaron pruebas t de Student para muestras pareadas, considerando un nivel de significancia de $P < 0,05$ y calculando el tamaño del efecto (d de Cohen). Los datos cualitativos fueron sometidos a un análisis de contenido temático inductivo para identificar categorías emergentes.

RESULTADOS

Se analizaron 27 respuestas válidas para el componente cuantitativo, de las cuales 12 aportaron datos narrativos para el análisis cualitativo.

Fiabilidad y estadísticas descriptivas

La evaluación psicométrica del instrumento demostró una alta consistencia interna. Los coeficientes Alfa de Cronbach oscilaron entre 0,75 y 0,82 para las cuatro dimensiones evaluadas (Entrevista y Razonamiento en ambos escenarios), lo que valida la fiabilidad de las mediciones realizadas.

Al analizar las medias globales de percepción, se observó que el desarrollo de la Entrevista Médica obtuvo puntajes similares en ambos entornos, con una media de 5,16 (DE 1,27) para APS y 5,26 (DE 1,30) para el Hospital. Por el contrario, en el dominio del Razonamiento Diagnóstico, los estudiantes reportaron un puntaje medio de 5,19 (DE 1,21) en APS frente a un notable 5,96 (DE 0,99) en el entorno hospitalario.

Comparación de percepciones por entorno

El análisis inferencial mediante la prueba t de Student para muestras pareadas reveló diferencias significativas en función de la competencia evaluada:

- **Entrevista médica:** No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la percepción de aprendizaje en APS y en el Hospital ($t = -0,41$; $P = 0,686$). El tamaño del efecto fue trivial ($d = -0,08$), sugiriendo que los estudiantes consideran ambos escenarios igualmente efectivos para el desarrollo de habilidades comunicativas básicas.
- **Razonamiento diagnóstico:** Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa a favor del entorno hospitalario ($t = -3,90$; $P = 0,001$). El tamaño del efecto calculado fue de moderado a grande ($d = -0,75$), indicando que los estudiantes perciben una superioridad sustancial del hospital para el fortalecimiento de las habilidades analíticas y diagnósticas.

Adicionalmente, al solicitar a los estudiantes una valoración global comparativa (donde puntajes bajos favorecen al hospital y altos a la APS), la media para el Razonamiento Diagnóstico fue de 1,96, desviándose significativamente del punto de neutralidad hacia el polo hospitalario ($P < 0,001$; $d = -1,55$).

Hallazgos cualitativos

El análisis de contenido permitió contextualizar estos resultados numéricos. Dos grandes categorías temáticas emergieron:

- **La APS como espacio del vínculo y el tiempo:** Los participantes destacaron que la APS ofrece condiciones estructurales —específicamente la disponibilidad de tiempo y la continuidad del cuidado— que facilitan la escucha activa, la empatía y la construcción de confianza. Se valoró este entorno para el desarrollo de una comunicación centrada en el paciente, libre de la fragmentación habitual del cuidado hospitalario.
- **El hospital como escenario de complejidad técnica:** Las narrativas reforzaron la idea de que la exposición a patologías agudas, graves o inusuales («casos complejos»), sumada a la disponibilidad inmediata de tecnología diagnóstica y la supervisión de especialistas, son los factores determinantes para potenciar el razonamiento clínico analítico. Se identificó la presión asistencial hospitalaria como una barrera para la entrevista profunda, pero un catalizador para la agilidad mental.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una dicotomía formativa significativa en la percepción de los estudiantes de medicina de último año. El hallazgo principal indica que, mientras la entrevista médica se percibe con una eficacia similar en ambos escenarios, el razonamiento diagnóstico (RD) se considera predominantemente una competencia «hospitalaria».

Esta percepción de superioridad del hospital para el desarrollo del RD ($P = 0,001$) no es un hecho aislado, sino que resuena con la literatura que describe cómo la exposición a casos complejos y la disponibilidad de validación diagnóstica inmediata moldean la curva de aprendizaje del novato (10).

Para comprender esta preferencia por el hospital, es útil retomar el Modelo de Procesamiento Dual del razonamiento clínico. El entorno hospitalario, caracterizado por pacientes agudos y patologías inusuales, obliga al estudiante a utilizar predominantemente el Sistema 2 (analítico, hipotético-deductivo), el cual es lento, consciente y requiere un alto esfuerzo cognitivo. Los estudiantes suelen identificar este esfuerzo analítico explícito como «verdadero aprendizaje», en contraste con el Sistema 1 (intuitivo, reconocimiento de patrones) que es más frecuente en la Atención Primaria de Salud (APS) para el manejo de problemas prevalentes (6, 7).

Es probable que, al no tener aún consolidados los «guiones de enfermedad» necesarios para la práctica experta en APS, los estudiantes no reconozcan la complejidad cognitiva que implica manejar la incertidumbre y la indiferenciación diagnóstica propias del primer nivel, percibiéndolo erróneamente como un entorno de menor desafío intelectual.

En cuanto a la entrevista médica, aunque los datos cuantitativos no mostraron diferencias significativas ($P = 0,686$), el análisis cualitativo desveló matices importantes. Los estudiantes valoraron la APS por permitir una comunicación basada en la longitudinalidad y el vínculo, elementos centrales de la entrevista terapéutica (13).

Sin embargo, la falta de una diferencia cuantitativa a favor de la APS es llamativa y podría reflejar una visión instrumental de la comunicación. Como sugieren Jiang et al., si la enseñanza de la comunicación no está integrada con la práctica clínica real, los estudiantes pueden percibirla como una habilidad técnica («hacer la historia clínica») aplicable por igual en cualquier entorno, perdiendo de vista la dimensión biopsicosocial que es inherente y distintiva de la APS (5).

Un factor determinante que atraviesa estos resultados es la influencia del currículo oculto. La percepción global de que el hospital es superior para ambas competencias sugiere la persistencia de un paradigma hospitalocéntrico que jerarquiza la especialización tecnológica sobre la atención generalista. Parada-Lezcano et al. advierten que este currículo oculto transmite a los estudiantes el mensaje implícito de que la «medicina real» ocurre en el hospital, mientras que la APS es un escenario periférico, lo cual moldea no sólo sus percepciones de aprendizaje sino también sus futuras elecciones de especialidad (14).

Es imperativo reconocer las limitaciones pedagógicas actuales. Si el razonamiento clínico en APS se percibe como deficiente, esto podría indicar una falta de estrategias docentes explícitas para enseñar a razonar en contextos de baja tecnología y alta incertidumbre. Autores como Schaye et al. proponen que el razonamiento diagnóstico debe enseñarse como una competencia adaptable al contexto; por tanto, las rotaciones en APS no deberían ser meras experiencias observacionales, sino espacios de

práctica deliberada donde se desafíe al estudiante a tomar decisiones clínicas sin el respaldo inmediato de la tecnología avanzada (15).

Finalmente, este estudio presenta limitaciones, como el tamaño muestral reducido ($n = 27$) y el uso de medidas de autopercepción que no necesariamente correlacionan con la competencia objetiva. No obstante, la consistencia entre los datos cuantitativos y cualitativos otorga validez interna a los hallazgos, alineándose con estudios previos en la región (16).

En conclusión, la formación médica actual parece perpetuar una escisión donde el «pensar» (razonamiento) se asigna al hospital y el «sentir/comunicar» se relega parcialmente a la APS o se considera una habilidad blanda transversal. Superar esta dicotomía requiere una intervención curricular intencional que visibilice la complejidad cognitiva de la APS y humanice la tecnificación hospitalaria, integrando lo mejor de ambos mundos para la formación de un médico integral.

REFERENCIAS

1. Suciu N, Melit LE, Marginean CO. Teaching communication in medical students: a cornerstone for patient's outcome. *Ro J Med Pract*. 2021;16(2):33–6.
2. Franco JVA, Granero M, Musarella NS, Fernández CA, Weisbrot MV, Arceo MD. Determinantes de la elección del primer nivel de atención en medicina como ámbito de formación y laboral: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2022;54:102192.
3. Moezzi M, Rasekh S, Zare E, Karimi M. Evaluating clinical communication skills of medical students, assistants, and professors. *BMC Med Educ*. 2024;24(19):1–7.
4. von Lengerke T, Kursch A, Lange K, APG-Teaching Team MHH. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. *GMS Z Med Ausbild*. 2011;28(4):Doc54.
5. Jiang Y, Shi L, Cao J, Zhu L, Sha Y, Li T, et al. Effectiveness of clinical scenario dramas to teach doctor-patient relationship and communication skills. *BMC Med Educ*. 2020;20(473):1–8.
6. Norman G. Dual processing and diagnostic errors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14 Suppl 1:37–49.
7. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med*. 2009;84(8):1022–8.
8. Schmidt HG, Rikers RM. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Med Educ*. 2007;41(12):1133–9.
9. Olson A, Kämmer JE, Johnston R, et al. The inseparability of context and clinical reasoning. *J Eval Clin Pract*. 2024.
10. Guzmán-Valdivia-Gómez G, Guzmán-Valdivia-Talavera P, García-Cervantes A. Razonamiento clínico: aspectos prácticos que permiten la facilitación de su desarrollo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(6):708–14.
11. Daniel M, Rencic J, Durning SJ, et al. Clinical Reasoning Assessment Methods: A Scoping Review and Practical Guidance. *Acad Med*. 2019;94(6):902–12.
12. Jay R, Davenport C, Patel R. Clinical reasoning—the essentials for teaching medical students, trainees and non-medical healthcare professionals. *Brit J Hosp Med*. 2024;85(2):1–5.
13. Campo-Cabal G, Álvarez J, Morales AM. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;35(4):547–56.
14. Parada-Lezcano M, Parrao-Achavar F, Gurovich-Herrera J, Palacios-Saldivia J. Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. *Inv Ed Med*. 2022;11(42):30–6.
15. Schaye V, Elias KL, Janjigian M, Stern DT. Theory-guided teaching: Implementation of a clinical reasoning curriculum in residents. *Med Teach*. 2019;41(12):1378–84.
16. Mohd Tambeh SN, Zahedi FD, Yaman MN. Exploring the perception of pre-clinical and clinical educators on clinical reasoning: A qualitative study. *PLOS ONE*. 2025;20(3):e0320220.